FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1903 N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 23 Xbre 1903.

PAR

Georges RENON,
INTERNE, LAURÉAT DES HÔPITAUX,
MÉDAILLE D'OR (1903),
AIDE D'ANATOMIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

DE QUELQUES KYSTES DU SEIN

(Étude anatomique, pathogénique, clinique et thérapeutique)

Président : M. TILLAUX, *Professeur.*

Juges : MM. TUFFIER, WALTHER, MAUCLAIRE, *Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

MAISON D'ÉDITIONS
A. JOANIN & Cie
24, RUE DE CONDÉ, PARIS - VIe

1903

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et Thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et Appareils	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	TERRIER. DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Professeurs honoraires.

MM. JACCOUD. | A. FOURNIER. | FARABEUF.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LAUNOIS.	RICHAUD.
AUVRAY.	FAURE.	LEGRY.	RIEFFEL.
BEZANCON.	GILLES DE LA TOURETTE.	LEGUEU.	TEISSIER.
BONNAIRE.	GOSSET.	LEPAGE.	THIERY.
BROCA (Auguste)	GOUGET.	MARION.	THIROLOIX.
BROCA (André).	GUIART.	MAUCLAIRE.	THOINOT.
CHASSEVANT.	HARTMANN.	MERY.	VAQUEZ.
CUNEO.	JEANSELME.	POTOCKI.	WALLICH.
DEMELIN.	LANGLOIS.	REMY.	WALTHER.
DESGREZ.		RENON.	WIDAL.
			WURTZ.

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX DE BORDEAUX

1892-1897

M. le Professeur DEMONS.

M. le Professeur ARNOZAN.

M. le Professeur BOURSIER.

MM. les Professeurs agrégés CASSAET, POUSSON.

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

Externat 1898-99 { M. SEVESTRE.
M. FERNET.

Internat 1899-1900 M. E. HIRTZ.

— 1900-1901 M. le Professeur TILLAUX.

— 1901-1902 M. Pierre DELBET.

— 1902-1903 M. E. QUÉNU.

Interne-Lauréat 1903-1904 { M. le Professeur POIRIER.
M. E. QUÉNU.

A mon Président de Thèse,

Monsieur le Professeur P. TILLAUX,

Professeur de Clinique Chirurgicale,

Membre de l'Académie de Médecine,

Commandeur de la Légion d'honneur,

AVANT-PROPOS.

Notre maître, M. Quénu, ayant eu l'occasion d'opérer devant nous et avec notre aide des kystes multiples de la mamelle, nous engagea à nous livrer à des recherches sur ce sujet, tant au point de vue clinique qu'au point de anatomique. Ces recherches entreprises dans son laboratoire de l'hôpital Cochin avec l'aide éclairée du D[r] Landel portèrent sur des pièces provenant de kystes observés personnellement, ou conservées dans le laboratoire et de pièces obligeamment mises à ma disposition par des collègues et amis.

M. Pierre Delbet, dont nous fûmes l'interne, voulut bien nous prêter les coupes de maladies kystiques, qui lui servirent en 1892 pour appuyer sa théorie de la mammite chronique. A tous ces matériaux, nous ajoutons ceux que nous avons pu nous procurer par des recherches bibliographiques suffisamment étendues pour que nous ayons pu réunir, en fin de compte, 97 observations sur lesquelles nous nous appuierons pour édifier notre travail.

I.

INTRODUCTION.

Division du sujet.

M. Richelot (1), dans sa thèse d'agrégation sur les *Tumeurs kystiques du sein*, a compris dans son étude tous les kystes qu'on pouvait trouver dans cet organe ; passant rapidement sur les kystes extrinsèques : hydatiques, dermoïdes, il divise les kystes glandulaires en deux variétés :

Kystes simples,
Tumeurs kystiques.

S'il est facile, théoriquement, de scinder ainsi les kystes du sein en deux grands groupes, il n'en est pas de même lorsqu'on passe à l'examen des faits. Dire d'un kyste qu'il se forme indépendamment d'un néoplasme, c'est lui attribuer, par cela même, une origine inflammatoire. Les classiques définissent, en effet, les tumeurs : toute production de nouvelle formation indépendante de l'inflammation. Or, nous verrons qu'il est toute une catégorie de kystes qui sont un des modes d'évolution de l'adénome. Les kystes adénomateux sont-ils des néoplasmes ou sont-ils de simples modes de réaction banale à une excitation inflammatoire ? Il est très difficile de le dire.

(1) Richelot. — Thèse d'agrégation, 1878.

Pour se convaincre de la difficulté qu'il y a à bien limiter ce sujet, on n'a qu'à relire la discussion qui s'éleva à la Société de Chirurgie, en 1888, à propos de la présentation de maladies kystiques du sein par M. Reclus. Il fut très difficile de s'entendre sur la signification des termes cliniques ou histologiques : y avait-il tumeur ou non ? s'agissait-il d'un épithéliome ou d'une simple cirrhose épithéliale ? Cette confusion provenait et provient encore de ce que les chirurgiens ont l'habitude, pour être plus précis, d'étiqueter d'un nom histologique des affections qui ont une allure clinique déterminée, mais qui, au point de vue anatomique, peuvent être très dissemblables.

Cette preuve a été longuement faite pour le syndrome clinique que M. Reclus avait cru, à un moment donné, constituer une entité morbide particulière. Pilliet disait, en 1891, à la Société Anatomique : « lorsqu'on examine au « microscope une pièce ayant présenté les symptômes « cliniques de la maladie de Reclus, on peut trouver :

« 1° Une mammite noueuse ; 2° une cirrhose épithéliale ; « 3° un adéno-fibrome kystique ; 4° un épithélioma « kystique. »

Il en est de même pour le mot tumeur ; où commence la tumeur kystique ? où s'arrête le kyste ?

Cliniquement, c'est encore assez facile. Lorsqu'on n'a affaire qu'à des poches contenant du liquide, lorsque, ces poches évacuées, « il ne reste plus dans la main que la « gangue souple et molle dans laquelle il était empri- « sonné » (1), quels qu'aient pu être auparavant leurs caractères de dureté et d'isolement qui auraient pu les faire prendre pour des tumeurs, on s'accorde à dire qu'on avait affaire à des kystes simples.

Mais si normal que paraisse être le tissu glandulaire lorsqu'on le porte sur la platine du microscope, on y trouve

(1) Segond. — *Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie*, 1888, p. 178.

toujours des altérations épithéliales ou conjectives qui font comprendre le pourquoi de ces formations kystiques. De ces altérations, les unes sont nettement inflammatoires, les autres revêtent le type de ce qu'on appelle adénome. Mais entre ces deux types si tranchés dans la nomenclature, que de fois n'est-on pas embarrassé pour départager ce qui revient à l'inflammation, d'une part, à l'adénome, de l'autre ? Où commence le tissu de néoformation indépendant de l'inflammation réclamé par les histologistes pour qu'on puisse parler de tumeur ?

Faisant abstraction de tous les cas dans lesquels on a nettement affaire à un néoplasme et où le kyste est un phénomène accessoire, nous n'aurons en vue dans notre étude que les cas dans lesquels la production kystique est tellement prédominante qu'elle imprime à l'affection une allure clinique tout à fait particulière.

Par l'étude de ces kystes, et surtout par l'étude minutieuse du reste de la glande nous verrons les lésions qui, au point de vue anatomique, caractérisent cette maladie, et c'est surtout par elles que nous pourrons arriver à en éclairer la pathogénie. Nous trouverons des formes variées ; nous tâcherons d'en saisir les rapports, d'en rétablir la filière, et peut-être pourrons-nous ainsi arriver à relier ces différentes étapes : inflammation, adénome, cancer.

Le kyste n'est qu'un mode évolutif de certaines réactions épithéliales ou conjonctives ; c'est un épiphénomène ; il va nous servir de prétexte à serrer de près l'histologie de toute une variété de formations.

Ce mémoire sera volontairement limité à l'étude de quelques variétés de kystes de la mamelle ; nous n'avons, bien entendu, en vue que les kystes intrinsèques, glandulaires. Pour toute la série des kystes liés à la lactation, nous manquions d'observations personnelles et c'eût été faire un simple travail de compilation et de critique que de

rapporter tous les faits de kystes laiteux désignés sous les noms de galactocèle, kystes butyreux, caséeux et savonneux. Nous renvoyons, pour leur étude, aux différents mémoires de KLOTZ (1), ROGOWITSCH (2), FREUND (3), BINDI (4), NORDMANN (5), ALEXANDROF, etc., et à la communication de PILLIET (6), à la thèse de TABAKIAN (7). L'étude en est très intéressante, car elle nous montre les différentes façons de réagir de l'épithélium mammaire suivant que la cause excitante le frappe lorsqu'il est en activité ou au repos. Ajoutons seulement que ces produits de sécrétion, que leur analogie physique a fait comparer au lait, au beurre, etc., n'en ont pas du tout la composition chimique, et ce sera dire que nous ne les considérons pas comme des kystes par rétention du produit secrété et plus ou moins modifié par la suite. Ce sont, comme les autres productions kystiques que nous allons étudier, des produits d'altérations de l'épithélium glandulaire qui se distinguent parce que cet épithélium était en plus ou moins grande activité physiologique.

(1) KLOTZ. — *Arch. f. Klin. Chir.*, 1880, vol. 25, p. 49.
(2) ROGOWITSCH. — *Beitr. zur path. an. und.....* vol. 18, p. 487.
(3) FREUND. — *Virchow's Archiv.*, 1899.
(4) BINDI. — *Lo Sperimentale*, 1900.
(5) NORDMANN. — *Virchow's Archiv.*, 1897.
(6) PILLIET. — *Bull. Soc. Anat.*, 1896.
(7) TABAKIAN. — Thèse de Montpellier, 1901.

II.

PREMIÈRE PARTIE.

Etude anatomique.

Dans un organe glandulaire comme le sein, on se trouve en présence de deux tissus : l'un, l'élément noble, le tissu épithélial ; l'autre, le substratum, le tissu conjonctif. On a cru longtemps, PAGET, BRODIE, VELPEAU, qu'il pouvait se produire des kystes aux dépens de l'une ou l'autre de ces parties constituantes du même organe. Depuis déjà quelque temps, la formation interstitielle des kystes n'est plus admise ; c'est toujours aux dépens de l'organe glandulaire que se forment les kystes : acinis et canaux galactophores.

De ce que l'on considère les kystes actuellement comme toujours d'origine épithéliale, il ne s'en suit pas forcément que ce soit à cet épithélium seul qu'on ait reconnu la faculté de produire des kystes. BILLROTH n'admet guère comme kystes du sein que des kystes développés aux dépens des canaux excréteurs et sous l'influence de la rétraction du tissu conjonctif sclérosé. KÖNIG en fait toujours le résultat d'un processus de mastite chronique ; pour SCHIMMELBUSCH, c'est de l'adénome ; pour M. QUÉNU, il s'agirait d'un processus de cirrhose épithéliale ; M. DELBET

penche aussi nettement vers cette théorie en accordant un peu plus d'importance aux lésions interstitielles.

On voit, en somme, par ce rapide rappel des principales idées émises, combien est variable l'interprétation qu'on a pu donner des lésions que l'on rencontre dans le ou les kystes du sein.

Grouper ces lésions suivant un certain nombre de types communs et tâcher d'en voir les relations, va être le but de cette partie de notre mémoire.

Dans un premier groupe, nous allons étudier les kystes dits simples du sein, c'est-à-dire les kystes qui, même au microscope, semblent constituer toute la lésion pour les auteurs qui les décrivent comme tels.

Dans un deuxième groupe, nous rangerons les cas types de mastite chronique avec évolution kystique.

Enfin, dans un troisième groupe, les cas de ce que l'on a appelé cystadenoma (Schimmelbusch), polycystoma épithéliale (Sasse) etc.

Nous pourrions faire figurer dans un paragraphe spécial ce que l'on appelle les kystes d'involution ou kystes séniles ; mais nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire d'en faire un groupe à part, car cette prétendue involution n'est pour nous qu'un des modes évolutifs de la mastite chronique.

Beaucoup plus importants, à notre avis, sont les cas nombreux dans lesquels on a affaire, en un point limité d'un kyste, à une altération nettement néoplasique sous forme de végétation ou de bourgeon sessile.

Ces cas de transition sont toujours intéressants et nous donnent la clef de certaines particularités cliniques.

CHAPITRE PREMIER.

Des Kystes dits simples ou essentiels.

En parcourant les observations de kystes du sein, on en trouve un bon nombre étiquetées ainsi ; parfois l'auteur, malgré le titre, range l'affection dans un cadre nosologique, mais il n'en persiste pas moins ce fait qu'il y a des kystes qui semblent constituer la lésion unique et primitive, et que, comme le disait Richelot : « La présence « d'une paroi propre et la formation d'un contenu variable « constituent la maladie et résument le mouvement pathologique. »

En 1886, dans une thèse sur *Les kystes simples du sein*, Grias concluait : « Les kystes simples se dévelop- « pent le plus souvent aux dépens des acinis glandulaires. « Ils sont caractérisés par une paroi non isolable revêtue « d'un épithélium pavimenteux et ils contiennent un « liquide qui tient en suspension de la cholestérine ». En 1894, un élève de notre maître, M. le Professeur Tillaux ; Bagourd, consacra sa thèse inaugurale à l'étude des *Kystes essentiels de la mamelle*, en s'appuyant sur un cas. Ce dernier auteur est moins affirmatif que Grias, car s'il reconnaît à ces kystes essentiels une évolution clinique absolument indépendante, il ne va pas jusqu'à admettre qu'ils aient une indépendance anatomo-pathologique absolue ; ce qui nous semble être la condamnation de l'adjectif « essentiel ».

Nos observations 1, 2, 3, 4 sont résumées d'après Grias ; dans toutes, on trouve signalées des altérations du parenchyme glandulaire : dilatation des acinis avec multiplication de leur épithélium qui dégénère ; tissu conjonctif, scléreux par places, infiltré de cellules embryonnaires par ailleurs. Si l'on songe d'ailleurs que dans les observations 2, 3 et 4 il s'agissait de kystes multiples, que d'autre part l'auteur lui-même a noté toutes les transformations qui des simples acinis font un kyste, on se demande comment il n'a pu comparer cette dégénérescence kystique à la maladie décrite par Reclus trois ans auparavant. Quoiqu'il en soit, dans tous les cas, il s'agit bien de ce que l'on est convenu de nommer la mastite chronique, que nous retrouverons tout à l'heure. C'est encore des lésions de mastite chronique que l'on trouve dans l'observation 5 due à Vignard, qui l'a présentée comme des kystes séreux essentiels, alors que, là aussi, on avait affaire à des kystes multiples de la mamelle, à de la sclérose conjonctive qui par place étouffe les acinis, à des dilatations de ceux-ci avec de la multiplication de leur épithélium. Plus difficile à interpréter est l'observation 7. Il s'agit d'un kyste essentiel examiné par Pilliet. Ce kyste était unique à paroi fibreuse, et le tissu voisin était simplement sclérosé. On n'a pu couper que les parties immédiatement adjacentes à ce kyste ; aussi, n'est-il pas étonnant qu'à son voisinage immédiat les acinis soient tassés ; leur seule présence indique d'ailleurs que la participation générale de l'élément glandulaire au processus avait existé, puisqu'il s'agit d'une femme qui n'a pas eu d'enfants et que tous les classiques apprennent que dans ces cas le système glandulaire est limité aux canaux excréteurs. D'autre part, l'examen chimique du liquide y a décelé les éléments constitutifs du lait en proportion normale ; une paroi de canal excréteur nous semble tout à fait inapte à sécréter. Qu'il ne s'agisse pas d'un kyste adénomateux, c'est fort

possible, mais affirmer que ce kyste résume tout le mouvement pathologique, cela nous semble exagéré. Pour qu'il se soit développé, il a fallu que l'épithélium glandulaire ait été mis en branle par un excitant quelconque, qui, dans ce cas, nous semble rentrer dans le cadre des inflammations chroniques, dans leur sens le plus large.

Qu'exige-t-on pour dire d'un kyste qu'il est simple ou essentiel? Qu'il soit unique et que l'on ne retrouve nulle part de lésion grossière de la glande l'accompagnant. Voici 5 observations, n°s 8, 9, 10, 11 et 12, qui au point de vue clinique auraient mérité parfaitement le nom de kyste simple. Dans toutes, on a constaté des lésions épithéliales ou conjonctives avec prédominance plus ou moins marquée sur l'un et l'autre tissu, mais relevant toujours de ces deux ordres de faits : pour le tissu conjonctif, sclérose ou infiltration embryonnaire; pour l'épithélium, multiplication, dégénérescence.

Nous pouvons enfin, comme derniers arguments, apporter des documents inédits.

OBSERVATION I.

Mon ami et collègue Lecène m'a communiqué des pièces provenant d'une malade de 72 ans, qui s'était présentée avec un kyste isolé du sein gauche. Le diagnostic avait été fait, le kyste extirpé.

Sur les coupes ayant intéressé la paroi et le tissu mammaire voisin, on constate tout d'abord que l'épithélium est desquamé; et que la paroi kystique est exclusivement formée de fibres conjonctives d'abord hyalines, puis parallèles et enfin onduleuses. Immédiatement en dehors, se voit la coupe d'un canal galactophore sectionné obliquement : ce canal est légèrement dilaté, et enfin quelques acinis isolés au milieu du tissu conjonctif scléreux. Ces acinis sont dilatés ; quelques-uns forment des micro-

kystes ; leurs cellules sont en active prolifération et quelques-uns sont remplis de produits de desquamation.

OBSERVATION II.

Cette pièce m'a été remise par mon collègue Chevassu.

Il s'agit d'une dame de 45 ans, sans enfants, qui avait dans le sein droit, à la paroi inféro-externe, une tumeur du volume d'une grosse noix, assez bien limitée, dure, rénitente, mobile. A l'incision de la tumeur, il s'écoule un liquide limpide, ou même légèrement citrin. La paroi du kyste adhère intimement et la glande doit être sculptée pour être extirpée. Réunion sans drainage. Guérison.

A la coupe, on constate l'absence d'épithélium à la surface du kyste. Le tissu conjonctif est adulte, fibreux, pauvre en cellules ; les groupes aciniens y sont rares, mais dans ceux qu'on trouve on voit par places un début de formation kystique, de la multiplication épithéliale, et autour de quelques acinis on voit une certaine infiltration du tissu conjonctif.

OBSERVATION III.

(Personnelle). — Al.... Marie, entrée à l'hôpital Cochin en Février 1902. A eu un enfant à 30 ans, l'a nourri et a eu un abcès du sein droit que l'on dut inciser. Au commencement d'Octobre 1901, la malade s'aperçut de la présence d'une petite tumeur de la grosseur d'une noix, située à la limite supéro-externe du sein droit. Cette petite tumeur un peu dure augmente progressivement de volume sans douleur, en même temps qu'elle devient un peu plus molle. On constate une tumeur fluctuante à la partie externe du sein droit, elle n'est pas douloureuse et est parfaitement mobile ; pas d'écoulement par le mamelon, pas de ganglions. Diagnostic : Kyste simple du sein.

Ponction exploratrice, puis incision, résection de la poche, drainage. Guérison rapide.

La pièce enlevée est formée d'un kyste uniloculaire à parois minces. Les coupes montrent que ce kyste est formé d'une coque conjonctive épaisse, de faisceaux ondulés sans cellules ; ils deviennent plus fins vers la partie centrale : on ne peut déceler d'épithélium. Dans un point de la paroi se montrent quelques débris de lobules : leurs acinis sont déformés, augmentés de volume, leur épithélium se multiplie et à leur contact le tissu conjonctif est parsemé de quelques cellules et s'ordonne en strates concentriques.

De la critique des observations que nous rapportons et des faits que nous avons pu contrôler par nous-mêmes, nous pouvons conclure que ce qu'on appelle en clinique le kyste simple de la mamelle n'est qu'un mode évolutif d'un processus glandulaire. Toujours on trouve des lésions expliquant cette formation kystique. Qu'il soit le résultat de la sclérose ou de la prolifération conjonctive, ou de l'activité épithéliale, ce sont des questions que nous nous poserons tout à l'heure.

Restant sur le terrain anatomique, bornons-nous à dire : le kyste simple de la mamelle n'existe pas, il est toujours le produit d'une altération pathologique de la glande, altération qui se montre caractérisée par des phénomènes de sclérose conjonctive avec dilatation des acinis, consécutive à une prolifération de leur épithélium.

CHAPITRE II.

Des Kystes avec lésions de mastite chronique.

Nous venons de voir que tous les kystes simples se rattachaient nettement à des processus d'inflammation chronique, il est facile de comprendre que ce processus peut très facilement aboutir non plus à la formation d'une seule cavité kystique, mais de plusieurs ; le processus reste le même, ses limites seules s'étendent, de circonscrit il devient diffus.

C'est en effet à des lésions de mastite chronique interstitielle que beaucoup d'auteurs rattachent la formation des kystes et, dans tous les traités classiques, on voit que ceux-ci sont donnés comme des modes d'évolution possible de cette mastite. Les documents que nous avons pu rassembler à ce sujet vont nous permettre de voir dans quelle mesure sont frappés le tissu conjonctif, l'élément épithélial.

Toute une série d'auteurs ont, après Billroth, placé dans le tissu conjonctif le maximum des lésions et ont expliqué par la rétraction de celui-ci l'étranglement des canaux galactophores et leur distension due à la rétention et surtout à l'écartement mécanique de leurs parois par le tissu scléreux. Sans vouloir encore discuter ce mode pathogénique, nous nous bornons actuellement à exposer les faits.

König (1), sans pour cela nous donner d'exemples bien démonstratifs, pense que l'on a affaire à de la mastite chronique *interstitielle.*

Sasse (2), dans un mémoire très documenté, frappé des lésions interstitielles qu'il trouvait dans certains cas et des lésions épithéliales qu'il trouvait dans d'autres, crut devoir diviser les kystes du sein en deux classes bien distinctes. Dans la première, il rangea les kystes consécutifs à de la mastite chronique interstitielle, dans la seconde ceux consécutifs à des altérations épithéliales.

Il apporte à l'appui de sa manière de voir une série de 4 observations (Observations 12, 13, 14, 15), se rapportant, les observations 2, 3 et 4 de son mémoire à des cas de kyste unique. Pour toutes ces observations, il conclut qu'on avait affaire à des processus d'inflammation chronique du tissu conjonctif qui avait entraîné la dilatation et la transformation en kystes des petits et des gros canaux galactophores, les acinis restant dans un état de repos complet. Nous ferons remarquer que dans l'obs. 2, il parle cependant d'acinis qui présentent de la prolifération épithéliale, dans l'obs. 3 d'un lobule glandulaire identique à celui d'une mamelle en lactation, enfin, dans l'obs. 4, il dit que l'épithélium des canaux excréteurs est en état de prolifération accentuée. Si nous examinons maintenant l'unique figure qu'il donne pour représenter ces cas, on voit bien des cavités, mais celles-ci sont tout à fait irrégulières ; et l'acinus qu'il marque comme atrophié nous semble au contraire être en activité à en juger par les nombreux noyaux qu'il présente, et par les dimensions qu'il a.

Donc, en dehors de l'inflammation chronique du tissu conjonctif qui existe certainement, il y a des modifications épithéliales portant sur les acinis. Sasse veut que les

(1) König. Traité de chirurgie. T. 2.
(2) Sasse. — *Arch. f. Klin. Ch.*, 1897, v. 24, p. 1.

kystes soient développés dans les canaux galactophores ; nous reviendrons encore sur la discussion de ce siège ; bornons-nous à dire que c'est une simple affirmation, qu'il ne nous en apporte aucune preuve et qu'en tous les cas on se demande comment il pourrait s'accumuler du liquide dans un point quelconque d'un système glandulaire, s'il n'y avait pas d'éléments épithéliaux pour fournir le *primum movens* de la formation kystique.

SCHÖNSTEDT (1), qui admet aussi deux variétés de kystes, les kystes par rétention passifs et les kystes par prolifération actifs, donne comme exemple de kystes par rétention deux observations : dans l'une, il s'agit d'un kyste unique chez une femme de 46 ans (Obs. 11), dans l'autre de kystes multiples chez une femme de 42 ans (Obs. 16). Dans le premier cas, la description est trop succinte pour qu'on puisse en tirer des conclusions, mais dans le second, il dit que tous les acinis voisins sont un peu dilatés et forment de petits kystes présentant un épithélium pluristratifié.

A propos d'une présentation à la Société de Gyn., d'Obst. et de Poed. de Bordeaux d'une pièce de maladie kystique par ANDERODIAS (Obs. 17), COYNE prit la parole et dit que la maladie kystique est due à une néoformation conjonctive diffuse passant par un premier stade de prolifération, d'où un état éléphantiasique possible de la mamelle, puis sclérose et étranglement des canaux excréteurs et formation de kystes par rétention. Et cependant, on trouve mentionné dans cette observation que les parois des kystes étaient tapissées de cellules cubiques ayant subi une dégérérescence graisseuse et tombant dans la cavité du kyste. Ajoutons que COYNE, dans la dernière édition de son traité d'Anatomie pathologique, décrit

(1) SCHÖNSTEDT. — Inaug. Diss. Rostock. 1894.

maintenant ces mêmes formations kystiques comme des modes d'évolution possible des adénomes.

On voit par ce rapide exposé combien peu soutenable est cette opinion qui veut placer le siège de la lésion dans le tissu conjonctif. On ne peut isoler les altérations épithéliales des altérations conjonctives. Les deux parties de ce même tout qu'est un organe épithélial sont en connexion trop intime anatomique et physiologique. Elles se montrent dans les inflammations aigues aussi bien que dans les chroniques ; les altérations peuvent être plus marquées du côté épithélial que du côté conjonctif, mais le processus reste le même. Ces modifications tiennent à une quantité de facteurs que nous ne pouvons apprécier : espèce de l'agent, intensité et degré de son excitation, mode de réaction de l'organisme.

König (1), qui, au début, était partisan de la mastite interstitielle, s'aperçut aussi de ces altérations épithéliales, et à l'ancien nom de mastite chronique interstitielle, il substitua celui de *mastitis chronica cystica,* et il reproche amèrement à M. Reclus d'avoir oublié de mentionner ses recherches sur la dégénérescence kystique de la mamelle. Quoi qu'il en soit, voici pour König les lésions que présente sa *mastitis chronica cystica.*

« L'aspect macroscopique de la glande est caractéris-
« tique. Les formations kystiques siègent le plus souvent
« du côté du grand pectoral ; tantôt on voit de gros noyaux
« ronds brunâtres, tantôt de petits noyaux gris ; on trouve
« souvent aussi à côté d'eux des vésicules grosses comme
« des têtes d'épingles ou des grains de raisin. Si on coupe
« les vésicules et les petits kystes, il en jaillit du liquide
« indice de la pression sous laquelle se trouve la paroi du
« kyste. Dans le tissu glandulaire qui semble par places
« muqueux, on voit des fissures et des vésicules coupées
« de tailles différentes. »

(1) König. — Centralbl. f. Chir., 1893, nº 3, p. 49.

« L'histologie est très caractéristique.

« Il y a des lésions définies de la glande existant avec « des lésions du tissu interstitiel. L'intérieur des acinis, « comme des petits canaux excréteurs, commence à se « remplir de cellules; l'épithélium est souvent stratifié à « la suite d'une multiplication rapide ; la nouvelle couche « desquame cependant rapidement. A la suite de cela, les « parois des acinis se dilatent, quelques-uns se confondent « les uns dans les autres et il en résulte de grandes cavi- « tés où se trouvent des débris cellulaires, des corpuscules « graisseux, et de la sérosité trouble. La plupart du « temps, les canaux excréteurs forment des kystes. Les « kystes s'agrandissent par la confluence et la dilatation « due à la pression du liquide. Il est sans importance pour « la nature inflammatoire de ce processus de savoir si les « nodules sont dûs à l'irritation de la glande ou s'ils cons- « tituent toute la maladie. Je ne puis décider quelle forme « on trouve le plus souvent, celle où les vésicules dégé- « nèrent ou celle où, comme dans la glande en lactation, « il se forme de nouveaux nodules qui dégénèrent « ensuite avec les anciens. On n'a pas le droit ici de « parler d'adénome, ou alors, il faudrait considérer la « glande en lactation comme un adénome.

« J'insiste avec tous les auteurs sur l'état tout différent « du tissu interstitiel. Régulièrement, quand j'avais affaire « à des nodules relativement jeunes, je trouvais le tissu « conjonctif très développé avec des noyaux et de nom- « breux leucocytes. Les vieux nodules sont facilement « reconnaissables à la dureté fibreuse du tissu conjonctif. « Cette dureté est en rapport avec celle des noyaux, qui « se répandent peu à peu dans la glande. »

On le voit, König décrit et des altérations du tissu conjonctif et des lésions de l'épithélium, auxquelles il attache même tant d'importance qu'à l'ancien mot d'interstitiel il

a substitué celui de kystique pour bien marquer l'importance qu'il attachait à ces lésions épithéliales.

M. Pierre Delbet communiqua, le 6 Janvier 1893, à la Société anatomique des coupes provenant de seins atteints de maladies kystiques et amputés par M. Reclus. Au point de vue macroscopique, les seins avaient surtout l'apparence scléreuse, les kystes y étaient rares ; aussi M. Delbet rappelle-t-il les relations qui unissent les formations kystiques aux tumeurs noueuses et fibrômes multiples. Le tissu conjonctif est ordonné de la façon suivante. La disposition lobulaire est conservée, mais le tissu conjonctif interlobulaire est lâche et lamelleux, tandis que le tissu conjonctif interlobulaire périacineux est ordonné en strates concentriques encerclant les acinis. Tout ce tissu est fibreux, mais infiltré de cellules embryonnaires, surtout au voisinage des éléments glandulaires.

Les culs-de-sac glandulaires présentent un épithélium proliféré, et si l'activité épithéliale l'emporte, on assiste à la formation d'un petit kyste ; des lésions analogues s'observent du côté des canaux excréteurs.

En vertu de ces deux processus pathologiques : réaction fibreuse d'une part, prolifération des éléments glandulaires d'autre part, conduisant à des dilatations kystiques, M. Delbet conclut que la maladie kystique n'est qu'une modalité des mammites chroniques, mais croit que la lésion épithéliale est antérieure à la lésion conjonctive.

Antérieurement et comme par une sorte de réaction contre le terme d'épithéliome kystique intra-acineux employé par Brissaud pour caractériser le syndrôme dont M. Reclus voulait faire une entité morbide, il fut publié toute une série de faits qui vont nous montrer les altérations épithéliales des acinis ; toutes altérations que l'on rangeait sous la rubrique de mastites chroniques.

C'est l'observation 18 de Besançon et Broca (1), dans

(1) Besançon et Broca. — *Bull. Soc. Anat.*, 1886, p. 38.

laquelle les auteurs ne signalent aucune altération du tissu conjonctif, mais une prolifération épithéliale très marquée et une dégénérescence de ces cellules qui transforme l'acinus en cavité kystique ; ce sont les deux observations 19, 20 de Toupet (1) où, à côté d'altérations épithéliales, il y avait des nodosités inflammatoires dans le tissu conjonctif ; celle de Rochard [21] (2) dont les pièces, présentées à la Société anatomique suscitèrent une vive discussion ; les membres présents, croyant qu'on devait toujours trouver dans les cas de maladies kystiques des néoformations épithéliales très marquées, ne voulaient la considérer que comme une mastite chronique. Et cependant, en dehors des lésions interstitielles, il y avait aussi dans ce cas des altérations acineuses : multiplication épithéliale, dilatation.

Notre maître, M. Quénu (3), dans la discussion de la Société de Chirurgie, fut un des premiers à montrer le rôle primordial joué par l'épithélium dans la formation des kystes multiples de la mamelle. Il décrivit (Observation 24) des acinis augmentés de volume et tapissés d'un épithélium cubique, dont certaines cellules paraissent subir une évolution graisseuse. Le tissu conjonctif est fibreux, encercle souvent les acinis, mais est exempt de toute trace d'inflammation. En somme, on trouve sur les coupes un processus irritatif de l'épithélium acineux, de la sclérose périacinienne, la formation de kystes. M. Quénu conclut qu'on a affaire à une cirrhose épithéliale kystique du sein, affection d'origine inflammatoire, mais ne revêtant pas le type banal de la mastite chronique, et qui, par conséquent, n'est pas à rapprocher non plus de l'adénome ou du fibrome. Nous avons vu que cette théorie avait été

(1) Toupet. — *Semaine médicale*, 1890, p. 370.
(2) Rochard. — *Archives de médecine*, 1891, t. 2, p. 83.
(3) Quénu. — *Bull. Soc. Chir.*, 1888, p. 172.

presque entièrement adoptée par M. Delbet, qui cependant, dans la description des lésions, donne plus d'importance à celles du tissu conjonctif.

Cette interprétation de M. Quénu était tout à fait différente de celle donnée par M. Brissaud (1), à propos des préparations qu'il avait faites de kystes multiples de la mamelle désignés par M. Reclus sous le nom de maladie kystique. Cet auteur décrivait cependant exactement les mêmes lésions : « En résumé, les lésions histologiques « que nous venons de résumer consistent essentiellement « dans une activité pervertie des acinis glandulaires. « Cette activité plus ou moins intense, plus ou moins rapide « suivant les régions, donne au parenchyme sectionné des « aspects divers ; mais c'est toujours un parenchyme pres- « que normal en apparence qui constitue la totalité de la « glande. Le tissu interstitiel est sain, et les voies galac- « tophores sont simplement modifiées dans leur dimension « et dans leur contenu. Quant aux kystes absolument « indépendants, quant à leur origine, du stroma cellulo- « fibreux, ils sont le résultat ultime du même travail « épithélial qui a tout d'abord provoqué la dilatation des « acinis et des lobules. » Mais tandis que M. Quénu voit avec raison dans ces modifications épithéliales un processus d'ordre inflammatoire, M. Brissaud, en introduisant le nom d'*épithéliome acineux intra-kystique* tout en faisant des réserves sur le degré de malignité, n'en avait pas moins considéré la lésion comme néoplasique. Et si, dans l'esprit de l'histologiste, épithéliome et néoplasie correspondaient à des constatations microscopiques, dans l'esprit d'un chirurgien cela devenait synonyme de cancer et on devait en effet quelque temps considérer cette évolution kystique comme une affection particulièrement maligne. Nous venons de voir à quelle juste interprétation l'avait ramenée M. Quénu.

(1) Brissaud. — *Arch. de phys. norm. et path.*, 1884, p. 98.

Quoiqu'il en soit de ces opinions que nous n'avons pas à dessein rapportées dans l'ordre chronologique, nous voyons successivement que les lésions d'une mamelle kystique ont subi maintes appréciations différentes ; et par une progression croissante, nous avons passé en revue les observations où on attachait le plus d'importance aux lésions conjonctives, aux lésions conjonctivo-épithéliales et enfin aux lésions épithéliales seules. Malgré la prédominance plus ou moins grande des lésions sur telle ou telle partie de la glande, qu'il s'agisse de la *mastitis chronica cystica* de König, de la mammite chronique de Pierre Delbet ou de la cirrhose épithéliale kystique de Quénu, toutes se rattachent les unes aux autres par un lien bien connu : l'inflammation. Qu'il s'agisse d'une inflammation banale (Pierre Delbet a trouvé du staphylocoque) ou d'une inflammation de nature un peu spéciale (Quénu), tous ces auteurs l'admettent comme le *primum movens* de la perturbation épithéliale qui retentit secondairement sur le tissu conjonctif.

CHAPITRE III.

Des Kystes avec lésions adénomateuses.

Nous arrivons maintenant à un autre groupe de faits, qui, de prime abord, semblent constituer une série à part, si l'on devait s'en tenir à l'étiquette sous laquelle ils sont publiés ; nous voulons parler des *cysto-adénomes*. On sait depuis longtemps que, de même que la mastite chronique, l'adénome peut subir une évolution kystique ; mais ces deux variétés de kystes restaient séparées l'une de l'autre par tout l'intervalle qui peut exister entre un processus inflammatoire et un processus néoplasique.

Schimmelbusch (1) décrivit, dans une série de 6 observations qui avaient présenté le type clinique de la maladie kystique de Reclus, des lésions, qui, d'après lui, permettent de considérer cette affection comme une entité à part aussi différente des kystes que l'on observe dans la mastite chronique que de ceux qu'on a coutume de désigner sous le nom de kystes par involution (kystes séniles). L'observation 26 est la plus détaillée de celles que donne l'auteur. Nous voyons que l'anatomie pathologique de cette affection se caractérise ainsi : disposition lobulaire de la glande très marquée ; multiplication et prolifération des acinis d'un même lobule ; destruction des cloisons interacineuses

(1) Schimmelbusch. — (*Arch. f. Klin. chir.*), 1892, v. 44.

et confluence de tous les acinis d'un même lobule en un kyste. Tout le rôle se trouve donc dévolu à l'élément épithélial, qui, par sa multiplication, comble d'abord l'acinus, puis par sa dégénérescence l'excave, contribuant ainsi à former le contour du kyste qui se trouve être ainsi un produit de sécrétion et de desquamation. Le tissu conjonctif n'a qu'un rôle absolument passif. Les figures que donne Schimmelbusch sont très nettes, mais son interprétation a été contestée par König, tout d'abord, qui fait rentrer ces cas de cystoadénome dans sa mastite kystique, disant que du fait qu'on ne trouve pas de lésions actuelles du tissu conjonctif, il ne s'ensuit pas qu'il n'y en ait jamais eues et Roloff s'appuie aussi sur ce fait que le tissu conjonctif est scléreux : indice d'une inflammation antérieure. Ce que nous avons à retenir de la description de Schimmelbusch, c'est le groupement lobulaire très marqué, et la prolifération épithéliale avec dégénérescence secondaire.

Sasse, dans le travail déjà cité, nous l'avons vu, divise les kystes du sein en deux groupes ; à son second groupe appartiennent les observations 27, 28, 29, 30, 31, 32. Toute la glande est malade, on trouve à peine un lobule normal. Il y a une active prolifération des tubes et des acinis qui sont à peine séparés les uns des autres par de minces septa. Les uns n'ont pas de lumière et forment des bourgeons épithéliaux pleins, les autres ressemblent à ceux d'une glande en lactation. Ailleurs, les acinis sont augmentés de volume, ils forment des figures arrondies qui deviendront plus tard des kystes. Dans un même lobule, à côté d'un acinus de volume normal, il y en a de vingt fois plus volumineux. Avec l'accroissement, il se produit des chutes de cellules qui se résorbent et il se forme ainsi une cavité kystique. Au début de cette formation, on voit l'acinus présenter un double contour, avec une

couche interne formée de grosses et longues cellules cylindriques. L'accroissement des kystes n'a rien de particulier. Il est fréquent de trouver sur les petits des *végétations papillaires épithéliales*, et une couche de cellules cylindriques qui va s'aplatissant dans les gros. Le tissu conjonctif a un rôle passif. Nulle part, on ne trouve accumulation inflammatoire de noyaux. Seulement, autour des acinis en état de multiplication récente, on trouve du tissu jeune avec des noyaux.

Sasse appelle ces formations kystiques : *polykystoma mammæ epitheliale.*

Ces lésions sont donc toujours, à peu de chose près, les mêmes que celles que nous avons vu décrire par Brissaud, Quénu, Schimmelbusch.

Toujours dans le même ordre d'idées rentrent les faits que nous rapportons d'après Maly (1) (Observations 33, 34). Mais cet auteur insiste surtout sur deux points. Autour des acinis altérés il signale une infiltration de petites cellules rondes, infiltration qu'il a retrouvée autour des canaux galactophores dilatés et autour de gros kystes et qu'il attribue dans ce cas à l'infiltration du liquide dans le tissu voisin. Il fait enfin une espèce kystique à part de formations cavitaires qu'il a trouvées revêtues d'une seule couche d'un épithélium cylindrique élevé et dont les cellules sécrétaient de petits corpuscules ronds, granuleux ; ils avaient une tendance à former des papilles. Il rattache les premiers à de la mastite chronique, les seconds à l'adénome.

Des observations 35, 36, 37, rapportées d'après Pedotti (2), il résulte que la forme des kystes est très variable, ronde ou très déformée, que l'épithélium est en général bien conservé, cubique, cylindrique et par places

(1) Maly. — *Zeits. f. Heilk*, 1898, p. 337.
(2) Pedotti. — *Inaug. Diss.*, Zurich, 1897.

pluristratifié. Le tissu conjonctif a subi un développement en rapport avec celui du kyste. Enfin, point important, d'un acinus dilaté on voit sur une coupe partir un canal galactophore non dilaté et pas altéré.

Les observations suivantes 38, 39, 40 de ROLOFF (1) et de TIETZE (2) offrent un grand intérêt, car elles nous montrent des lésions participant à la fois de ce qu'on appelle mastite chronique et adénome.

Dans l'observation 38 de ROLOFF, cet auteur signale des lésions portant sur le tissu interstitiel et l'épithélium ; les lésions conjonctives sont celles de la mastite chronique interstitielle, les lésions épithéliales sont les mêmes que celles signalées par SCHIMMELBUSCH et SASSE ; il y a multiplication des cellules épithéliales qui peuvent même arriver à remplir la lumière. Celle-ci est, par places, obturée par des bouchons de cellules épithéliales desquamées. Dans ces deux cas, il semble que l'épithélium forme comme un réseau. Par places, on voit souvent de petites papilles conjonctives revêtues d'épithélium pluristratifié faire saillie dans les cavités. Le tissu conjonctif interstitiel est le siège d'une infiltration de cellules rondes. L'observation 39 due au même auteur, outre les mêmes lésions, nous montre la parfaite perméabilité de toutes les voies glandulaires.

L'observation 40 de TIETZE est aussi très intéressante, car elle nous montre des lésions épithéliales que nous avons nous-même retrouvées coïncidant avec de l'infiltration leucocytaire du tissu conjonctif. Ces altérations épithéliales, que représente une figure très nette, consistent en ce fait que les cellules sont augmentées de volume ; par places, elles forment de véritables bourgeons dont les éléments ne rappellent en rien ceux du cancer.

(3) ROLOFF. — *D. Zeit. f. Chir.*, 1900, v. 54, p. 106.
(4) TIETZE. — *D. Zeit. f. Chir.*, 1900, v. 56, p. 512.

Nous rapportons enfin un fait de HUE et NICOLLE (Observation 41) qui a trait à des cavités kystiques disséminées dans un tissu fibreux et tapissées d'un épithélium proliférant, bourgeonnant, et présentant des cellules vacuolaires.

HIEBAUM (1) a publié, sous le titre de kystes multiples de la mamelle par fibro-myome du mamelon, une observation (Observation 43), où on note aussi les mêmes lésions épithéliales et de l'infiltration embryonnaire du tissu conjonctif.

Enfin, avant de terminer cette revue des lésions productrices de kystes, mentionnons l'observation 44 de MINTZ (2), où cet auteur attribue la formation de kystes à de la nécrobiose épithéliale. On trouve en effet des foyers de tissu de granulations encerclés par du tissu conjonctif qui, se désagrégeant, donne naissance aux kystes. La femme est jeune, n'a pas allaité ; et l'auteur ne signale aucune lésion vasculaire. Ce cas ressemblerait assez à ce qu'on sait les lésions signalées dans le galactocèle et surtout dans cette autre affection kystique : la grenouillette.

Nous avons là affaire à un processus nettement épithélial que MINTZ range dans la mastite chronique.

Dans un dernier groupe, nous plaçons quatre observations de kystes du sein où on avait trouvé en outre, faisant saillie dans la cavité du kyste, de petits nodules que l'examen microscopique fit reconnaître de nature adénomateuse. On ne peut pas encore parler de tumeur kystique puisque c'est le kyste qui est le phénomène important et les végétations le phénomène secondaire. Ce sont des cas de transition utiles à connaître parce qu'ils nous montrent des lésions analogues à celles que nous avons rencontrées

(1) HIEBAUM. — *Prag. Med. Woch.*, 1895, p. 304.
(2) *Berl. Klin. Woch.*, 1899, p. 1029.

jusqu'ici et nous permettent de rapprocher ainsi les divers cas les uns des autres. Ces 4 observations de Gadsby-Marshall (1) et Bryant (2) sont malheureusement peu explicites, aussi ne nous retiendront-elles pas longtemps.

(1) Gadsby-Marshall. — The Lancet, 1878, v. 1 p. 234.
(2) Bryant.— Guy's Hospital Report, vol. 43, p. 435.

CHAPITRE IV.

Recherches personnelles.

Pour ces recherches, nous nous sommes servis de la méthode suivante : Fixation dans le liquide de Flemming, 24 heures ; lavage à l'eau, 24 heures. Déshydration par l'alcool absolu. Toluène. Inclusion à la paraffine. Les coupes ont été débitées à une épaisseur de 6 μ. Comme méthode de coloration, nous nous sommes surtout servis de la méthode de Benda, modifiée par Landel, et de la coloration à l'alun de fer. On obtient par ces deux méthodes une sélection remarquable sur les cellules épithéliales et leurs noyaux. Pour les pièces qui nous ont été remises dans l'alcool, nous les avons colorées par l'hématoxyline-éosine ou l'alun de fer. Quelques préparations traitées par la liqueur de Flemming ont pu se prêter à la double coloration de la méthode de Benda.

OBSERVATION IV.

Pièces de maladies kystiques communiquées par M. Pierre Delbet.

Ces préparations ont été faites par Juvarra, avec des seins qui avaient été amputés par M. Reclus pour des maladies kystiques. M. Delbet, s'est appuyé sur elles pour démontrer que cette dernière affection n'était que de la mammite chronique.

Outre les lésions qui ont été magistralement décrites par notre maître dans sa communication à la Société Anatomique, nous avons pu constater des faits intéressants. Sur une préparation, on voit peu la disposition lobulaire ; les acinis sont agglomérés en petits lobulins, mais disséminés. Le tissu conjonctif n'a rien de particulier, il est pauvre en noyaux sans infiltration. On voit de la prolifération épithéliale des acinis et ceux-ci végètent en rompant les cloisons interacineuses, ce qui donne à des points de la préparation, un aspect arborescent (Fig. 1), puis tous ces vestiges de cloisons disparaissent, de sorte qu'on a une cavité irrégulière avec un magma central cellulaire et, à côté, de plus grandes cavités qui vont s'agrandissant en aplatissant leur épithélium en même temps que le tissu conjonctif s'ordonne en stratas concentriques, hyalines, au contact même de l'épithélium. Sur une autre préparation, la disposition lobulaire est mieux conservée, mais le mode de formation des kystes est le même.

Sur une préparation faite par Claisse, avec un sein kystique enlevé par M. Gérard-Marchant, on voyait des kystes visibles à l'œil nu, séparés par de minces cloisons conjonctives, remplis d'un magma informe. Mais, fait intéressant, un kyste déjà volumineux avait un revêtement épithélial formé de *grosses et hautes cellules cylindriques incolores avec un petit noyau* (Fig. 2). Tout l'épithélium des acinis proliférait de même. Le tissu conjonctif ne présentait rien de particulier.

OBSERVATION V.

Kystes multiples de la mamelle.

Mme X..., 45 ans, est opérée par M. Quénu, rue Bizet, en octobre 1902, pour des kystes multiples du sein gauche.

A l'incision de ces kystes, il jaillit avec force du liquide

jaunâtre ; nulle part on ne trouve trace visible de dégénérescence néoplasique. Des fragments de kystes et de tissu ont été prélevés.

Les parois des cavités kystiques les plus volumineuses ont perdu leur épithélium et apparaissent formées d'une lame conjonctive plus ou moins épaisse, se continuant directement avec le tissu fibreux de la glande qui est notablement parsemé de graisse. Dans l'intervalle des fibres conjonctives qui forment la paroi d'un de ces kystes, on peut voir un long et fin canal atteint tangentiellement par la coupe et qui vient se terminer par une dilatation ampullaire bordée d'épithélium.

Dans les fragments de glande prélevés, on voit que cette dernière est constituée par du tissu conjonctif adulte, de la graisse et quelques lobules. Tous les acinis présentent plusieurs couches épithéliales ; ils sont dilatés, et, à mesure que la dilatation s'accentue, on les voit se réunir les uns avec les autres. Leurs cellules de revêtement, en augmentant de volume, deviennent incolores, desquament et tombent dans la lumière ; nulle part on ne trouve d'infiltration cellulaire dans le tissu conjonctif.

En résumé, on a affaire à des kystes multiples, développés dans un sein sans lésions interstitielles et aux dépens des seuls acinis glandulaires.

OBSERVATIONS VI.

Kystes multiples du sein.

Ces pièces proviennent d'une malade d'une quarantaine d'années opérée en février 1897 par M. Quénu. Le diagnostic avait été : kystes multiples du sein.

Ces pièces montrent des aspects différents suivant les points. Une paroi du grand kyste, intéressée par la coupe, montre qu'elle est formée par du tissu conjonctif plus ou moins condensé sans trace de revêtement épithélial.

En dehors de cette paroi qui se confond insensiblement avec le reste du tissu conjonctif interstitiel, on voit celui-ci présenter un aspect en général fibreux, parsemé de quelques cellules adipeuses, et enfin de cavités kystiques plus ou moins irrégulières et de quelques groupes aciniens altérés.

Ces acinis ont leur épithélium proliféré, leur cavité agrandie, de sorte que le tissu conjonctif intra-lobulaire y est rare.

Dans certains groupes aciniens, cette multiplication épithéliale moins marquée, permet de voir que c'est surtout au protoplasma que ces cellules doivent leur augmentation de volume.

Certains acinis un peu plus dilatés, montrent dans leur lumière un magma plus ou moins informe, où ailleurs on reconnaît nettement des débris cellulaires. Dans les acinis formant déjà des micro-kystes, on reconnaît que leur paroi est formée d'une fine lame cellulaire très aplatie, doublée en dedans d'une couche cellulaire cubique en un autre point ; enfin, cette multiplication épithéliale est extrêmement active, le lobule est transformé en une cavité irrégulière où les débris des cloisons conjonctives interacineuses font encore saillie en formant des prolongements digités, tous recouverts de plusieurs couches de ces cellules épithéliales, unies à celles de la paroi opposée par des travées épithéliales, ce qui donne à la cavité irrégulière formée un aspect aréolaire. Dans ce point, les cellules présentent un noyau assez volumineux, irrégulier quelquefois, et on retrouve ces mêmes noyaux dans le tissu conjonctif voisin, ce qui permet de soupçonner leur transformation épithéliomateuse.

Il reste un dernier point à signaler : autour de certains micro-kystes encore irréguliers, on voit une infiltration de petites cellules rondes surtout marquée au niveau des angles formés par ces cavités lorsqu'elles sont allongées.

En d'autres points, on voit un véritable nid de ces mêmes petites cellules, mais il est permis de supposer que cet aspect provient de ce que la coupe a intéressé tangentiellement une de ces cavités. Ajoutons qu'au milieu de ce nid cellulaire, on voit sans limites bien nettes les en isolant un amas de ces cellules présentant des noyaux volumineux, et enfin, ajoutons que l'on trouve des vaisseaux de nouvelle formation disséminés au milieu du nodule inflammatoire.

En résumé, formations kystiques aux dépens des acinis, sans autre participation du tissu conjonctif qu'au niveau des points où les cellules épithéliales commencent à dégénérer.

OBSERVATION VII.

Il s'agit d'un sein kystique enlevé en ville, par M. QUÉNU, en 1897.

Les coupes de cette pièce montrent une grande quantité de tissu conjonctif parsemée de graisse et çà et là des groupes aciniens dont la plupart sont dilatés régulièrement ou irrégulièrement quand ils résultent de la fusion d'acinis dans les acinis voisins. Tous ces acinis sont en état d'active prolifération ; on y voit jusqu'à plusieurs couches de cellules qui, dans les points coupés obliquement forment de véritables nids cellulaires. Cette active prolifération cellulaire jointe au caractère de leur noyau, qui est plus volumineux et par place irrégulier, permet de conclure à une transformation des cellules épithéliales normales, en cellules épithéliomateuses.

En un autre point de la préparation qui forme le commencement d'une cavité kystique (la coupe n'a intéressé que ce point), on voit des altérations épithéliales tout à fait particulières.

Les cellules disposées sur un seul rang reposent toujours

sur la membrane propre de l'acinus, mais elles présentent une hauteur considérable ; de plus elles sont extrêmement serrées les unes contre les autres et enfin surtout vers leur partie libre, on voit des grains plus ou moins abondants, colorés en noir par l'acide osmique.

Les noyaux de ces cellules sont arrondis ou ovalaires et la plupart présentent un gros nucléole prenant fortement la couleur.

Ajoutons enfin qu'il se produit au niveau de cette couche épithéliale comme un décollement limité sous la poussée des cellules voisines ; la couche des cellules décollées a ses extrémités adhérentes rapprochées de sorte qu'elle vient faire saillie dans la lumière en formant un croissant dont les cornes finissent par se toucher en perdant toute connexion avec la paroi, de sorte que l'on a ainsi des cercles libres dans la lumière analogues à des tubes glandulaires vus en coupe, mais dont les cellules se seraient inverties.

C'est tout à fait analogue à ce que MM. Quénu et Landel ont décrit à propos de l'adénome du rectum. La fig. 3 montre d'ailleurs cette disposition mieux que les descriptions.

En résumé. — Cette pièce montre de la prolifération cellulaire en voie de transformation cancéreuse ; et des malformations épithéliales nettement adénomateuses en évolution kystique.

OBSERVATION VIII.

Due à l'obligeance de M. Richelot et de mon collègue Mercadet.

Kystes multiples des deux seins.

L. S., 50 ans, entre en Mars 1901 dans le service de M. Richelot, hôpital St-Louis, pour une affection des

seins ; elle a eu trois enfants à 22, 23 et 25 ans, n'en a nourri aucun.

Les règles ont toujours été normales ; depuis trois ans, elles sont devenues irrégulières et actuellement la malade ne les a plus depuis 6 mois.

Il y a huit à dix ans que la malade s'est aperçue d'une petite tumeur grosse comme une noisette ne déterminant ni douleur, ni gêne, ni écoulement par le mamelon. Il y a deux mois la tumeur a augmenté rapidement de volume, en même temps qu'elle devenait douloureuse avec irradiation dans toute la poitrine. Actuellement, on trouve plusieurs tumeurs, dont une grosse comme une mandarine, et trois à quatre autres du volume d'une grosse noix, faisant corps avec la glande, adhérant légèrement à la peau, mais pas aux plans profonds. Dans le sein gauche on trouve simplement de petits noyaux durs. Pas d'écoulement par le mamelon, un peu de douleur à droite par la pression ; pas de ganglions. Amputation des deux seins.

A la coupe, le sein droit se présente bourré de cavités kystiques dont la taille varie d'une petite mandarine à une tête d'épingle ; leur contenu, variable comme couleur, est plus ou moins limpide ; mais, dans la plupart, on trouve une masse assez épaisse qui, coagulée par l'alcool dans lequel la pièce a séjourné, a un vague aspect de matière caséeuse. Mêmes lésions dans le sein gauche.

A l'examen microscopique, fait suivant la technique exposée plus haut, on constate les faits suivants : sur les parois des kystes, on arrive à déceler, même sur les plus gros, un revêtement épithélial qui, dans ce cas, est extrêmement aplati ; le reste du tissu glandulaire est représenté en majeure partie par du tissu fibreux au sein duquel on trouve irrégulièrement répartis des acinis glandulaires qui sont tous plus ou moins dilatés (Fig. 4 et 5). Quelques-uns de ces acinis présentent des altérations épithéliales tout-à-fait particulières : leur paroi est constituée par une

paroi propre formée d'une couche cellulaire sur laquelle reposent des cellules hypertrophiées à petits noyaux réguliers formant par place des bourgeons saillants et irréguliers dans la cavité kystique (Fig. 5). On voit enfin ces cellules desquamer, et leur débris encore nucléés détachés de la paroi occuper la cavité du kyste ainsi formé.

En résumé, formation kystique multiple au sein d'une glande à tissu conjonctif sclérosé ; altérations épithéliales consistant en hypertrophie cellulaire suivie de la mort et de la desquamation de ces cellules.

OBSERVATION IX.

Kystes multiples.

Ces préparations et celles qui suivent m'ont été communiquées par mon ami Lecène.

Diagnostic clinique : maladie kystique.

Toutes les préparations sont criblées de kystes visibles à l'œil nu et dont quelques-uns atteignent la taille d'un petit pois.

Disposition générale de ces kystes :

Les uns ont l'air d'être isolés au milieu du tissu conjonctif ; ce sont les plus volumineux. Les autres sont par groupes de taille inégale et à côté d'eux on trouve le reste du lobule en voie de dilatation kystique. Le tissu conjonctif a partout l'air adulte, scléreux, pauvre en cellules ; seul, le tissu intralobulaire a l'air un peu infiltré.

De tous ces kystes, les uns sont vides ; la plupart présentent au centre une espèce de coagulum. Sur une préparation, on voit très nettement comment les grands kystes arrivent à se former par fusion des kystes les uns avec les autres.

Lésions épithéliales. — Elles sont de deux sortes ; certains kystes présentent un liseré cellulaire mince qui va s'applatissant à mesure que le kyste grossit.

A un fort grossissement, on constate que cet épithélium est pluristratifié dans les acinis en voie de dilatation ; qu'il tend au contraire à devenir unistratifié dans des kystes plus grands. Les cellules les plus internes desquament et se continuent avec la masse granuleuse qui occupe la cavité.

D'autres kystes, au contraire, présentent un revêtement épithélial tout à fait différent. On voit tapissant la paroi propre de l'acinus les cellules épithéliales formant par augmentation de leur masse protoplasmique une bordure épaisse se soulevant par places en bourgeons, qui sur les couches tangentielles se réunissent les uns aux autres et donnent ainsi à l'acinus un aspect cloisonné ; ces cellules épithéliales sont de longues et hautes cellules cylindriques.

Le protoplasma prend mal la couleur ; c'est lui qui forme presque tout le corps cellulaire, car les noyaux sont toujours petits et absolument réguliers. A la partie tout interne, on voit se détacher ces masses cellulaires et dans la masse granuleuse intrakystique, on peut encore arriver déceler des noyaux. Aux endroits où toute la couche cellulaire que nous venons de décrire est desquamée, la partie du kyste se trouve réduite à un mince liseré de tissu conjonctif condensé. Peut-être persiste-t-il encore de l'épithélium aplati.

En résumé, évolution kystique d'un sein qui présente des altérations épithéliales nettement adénomateuses.

OBSERVATION X.

Kystes multiples.

Diagnostic clinique : maladie kystique. — Préparations de LECÈNE.

On peut voir sur ces préparations des kystes à l'œil nu ; à un faible grossissement, on peut constater que la dis-

position lobulaire est à peu près conservée, quoique certains lobules soient un peu démolis par la prolifération du tissu conjonctif; celui-ci est fibreux sans infiltration cellulaire; ce qui domine là encore, c'est la prolifération épithéliale des acinis, qui, sous son influence, se dilatent et se réunissent les uns aux autres, de sorte qu'on ne tarde pas à voir tout un territoire lobulaire être transformé en une série de cavités digitiformes, dont la réunion les unes avec les autres donne de véritables kystes.

OBSERVATION XI.

Kystes multiples.

Diagnostic clinique : maladie kystique. — Préparations de Lecène.

La sclérose conjonctive domine. Les lobules sont très irrégulièrement démolis par cette prolifération conjonctive; là aussi, à côté des parties présentant des altérations déjà décrites, on trouve un kyste irrégulier à contenu grumeleux se continuant directement avec une masse épithéliale constituée de la façon suivante. Immédiatement en dedans d'une couche conjonctive formée de fibres ondulées présentant quelques rares noyaux, on trouve, séparée d'elle par une couche de cellules aplaties, la masse cellulaire épithéliale en question. Elle est constituée uniquement par des cellules volumineuses irrégulièrement polygonales par pression réciproque; elles possèdent un petit noyau régulier et alors qu'à la périphérie ces cellules sont tassées les unes contre les autres, elles se désagrègent vers la partie centrale, où elles forment le magma dont nous avons parlé, au milieu duquel on reconnaît encore les noyaux, soit seuls, soient encore entourés d'une mince couche protoplasmique.

OBSERVATION XII.

Diagnostic clinique : Maladie kystique.— Préparations de Lecène.

Ce qui domine sur ces préparations, c'est l'état du tissu conjonctif.

Il n'y a plus aucune disposition lobulaire, sauf en de rares points.

On voit des fentes irrégulières digitiformes entourées de tissu conjonctif qui leur forme de véritables bagues très épaisses, qui se distinguent par leur coloration bleuâtre et leur plus grande abondance de cellules, du reste du tissu conjonctif, qui est jaunâtre et a l'aspect sclérosé. Ces fentes kystiques possèdent toutes un épithélium par place pluristratifié.

OBSERVATION XIII.

Diagnostic clinique : Maladie kystique. Préparations de Lecène.

Sur cette pièce, la caractéristique est la prolifération conjonctive interlobulaire qui a respecté ces derniers ; ils se montrent, en effet, comme formant des masses compactes cellulaires qu'on reconnaît à un fort grossissement comme formées par la multiplication épithéliale des acinis ; ceux-ci se résorbent par places, de sorte que l'on voit successivement les lobules se présenter sous l'aspect de masses cellulaires pleines puis criblées de pertes de substance qui vont s'agrandissant en se réunissant les unes aux autres, et enfin forment des kystes plus ou moins arrondis et visibles à l'œil nu.

C'est le type de ce que Schimmelbusch décrit comme cystoadénome.

*
* *

De toute cette série de pièces, nous pouvons maintenant tirer des conclusions sur les modifications anatomiques

qui s'observent dans les seins atteints de dégénérescence kystique.

Il ressort tout d'abord un fait très net : c'est que le maximum des lésions rencontrées siège bien au niveau de l'épithélium glandulaire. Toujours les acinis sont atteints. Les histologistes (1) nous apprennent que normalement la glande mammaire, jusqu'à ce que la femme soit fécondée, est exclusivement formée de tissu fibreux et de graisse, avec des canaux excréteurs sans acinis, et même Cadiat dit qu'après l'évolution que subit la glande à chaque grossesse, elle revient à son état primitif de mamelle virginale. Quoiqu'il en soit, les acinis inactifs se composeraient, d'après Renaut, d'une seule rangée de cellules, alors que les canaux excréteurs en auraient deux ; cette deuxième couche représentant d'ailleurs des cellules en panier.

Or, nous avons vu qu'il était très rare de ne pas voir d'acinis sur toutes les coupes que nous avons examinées, ensuite de voir des acinis normaux. Une seconde constatation est la difficulté que l'on a à différencier les acinis des canaux excréteurs. Sauf les rares cas où ces derniers étaient coupés accidentellement en long, nous ne pûmes à peu près jamais dire : ceci est un canal excréteur, ceci est un acinus. C'est dire qu'il était aussi difficile de spécifier, quand il s'agissait d'une formation kystique, si celle-ci était produite aux dépens d'un canal ou d'un acinus. Bien plus, autant que nos constatations nous permettent de l'affirmer, nous croyons que, dans l'immense majorité des cas, les kystes ont une origine exclusivement acinienne. Même lorsque, morphologiquement, ils semblaient pouvoir être rattachés à une dilatation canaliculaire, d'autres faits : groupement, rapports avec les acinis voisins, venaient combattre cette hypothèse.

Avant d'aborder les lésions épithéliales que présentent

(1) Traités classiques de Renaut, Cadiat, Duval, Testut, Poirier.

les éléments glandulaires, nous allons résumer celles du tissu interstitiel. Dans la grande majorité des cas observés, on trouve du tissu conjonctif adulte, voire même sclérosé, si l'on en juge par son peu de richesse en noyaux, et la prédominance presque exclusive des fibres. Dans ce tissu conjonctif, deux parties sont à considérer : le tissu interlobulaire, le tissu intralobulaire.

Pour que cette distinction puisse être conservée avec fruit, il faudrait qu'elle s'observe dans tous les cas ; or, il n'en est rien. Dans certains cas (Obs. X et XIII), le groupement lobulaire est très marqué ; dans d'autres, au contraire, on trouve disséminés dans le substratum, des acinis à peine agglomérés et de petits lobulins. La disposition lobulée rappelle ce que nous avons vu décrit sous le nom de cystadénome. Le tissu interlobulaire était dans ces cas toujours adulte ; l'intralobulaire plus jeune, car les cellules y étaient plus abondantes. Dans les cas où on avait affaire à des acinis disséminés, tout était adulte.

Nous avons signalé un cas (Obs. XI) où la disposition en cercles autour des acinis était particulièrement nette ; il n'en était pas toujours ainsi. Quant aux traces d'inflammation présentées, elles n'étaient pas constantes. A côté de cas (Obs. VI et IV) où on voyaït nettement des amas de cellules rondes embryonnaires, dans la plupart, on n'en voyait pas traces. Ajoutons que ces amas cellulaires se trouvaient de préférence au voisinage des parties glandulaires en activité. Dans l'observation VI notamment où on trouvait de véritables zones d'infiltration, elles s'étaient produites autour de points où les cellules épithéliales semblaient, par leur morphologie, prendre un type malin.

En résumé : tissu interstitiel adulte, rarement modifié ; et quand il l'était, c'était au voisinage immédiat de l'épithélium altéré, comme si l'un était la conséquence de l'autre.

Bien plus intéressantes sont les lésions que nous avons pu constater du côté des acinis.

Et d'abord, il était rare de trouver des acinis normaux, presque tous présentaient un certain degré d'altérations. L'épithélium acinien d'une mamelle, nous apprennent les classiques, est un épithélium cubique à une seule couche, et quand il se multiplie au moment de la grossesse, les divisions ne se font pas par superposition, mais par juxtaposition, de sorte qu'on ne doit jamais trouver sur un acinus normal une double rangée de cellules. C'est là pourtant ce que nous trouvons presque toujours.

A la couche épithéliale unique de l'acinus normal s'est substituée une double couche de petites cellules cylindriques ; parfois même cette prolifération est encore plus active, et les acinis apparaissent comme bourrés de cellules. Dans l'interprétation de ces images, il est cependant nécessaire de faire remarquer que des coupes intéressant tangentiellement les acinis peuvent donner cet aspect. En même temps qu'il y a de la multiplication de son épithélium et sous son influence, l'acinus grandit. Mais ce n'est pas la seule particularité à signaler. On voit les cellules les plus centrales desquamer ; leurs noyaux perdre leurs caractères de vitalité et leurs débris se mêler au contenu qui comble la lumière qui, existant sous forme de cavité plus ou moins vaste, est forcément occupée par quelque chose. Ce quelque chose est le produit de la sécrétion de l'épithélium mammaire, qui manifeste donc son activité de deux façons : par sa multiplication, par un produit de sécrétion. Cette activité épithéliale, se manifestant sur plusieurs acinis voisins, ne tarde pas, en augmentant le volume des acinis, à amener la diminution, puis la disparition des cloisons conjonctives interacineuses. C'est là le premier mode d'accroissement des kystes en voie de formation. Qu'il s'agisse d'un agglomérat lobulaire ou de groupes aciniens isolés, nous avons vu que les

lésions étaient les mêmes. Faisons simplement remarquer que dans le premier cas, et à un examen rapide, il peut sembler qu'il y a d'abord disparition des cloisons conjonctives, puis fonte des cellules épithéliales ; ainsi que le décrit Schimmelbusch. Nous n'avons jamais vu le fait se produire d'une autre façon que celle que nous décrivons.

Il est d'autres lésions épithéliales particulièrement intéressantes, que nous avons signalées dans beaucoup de nos observations, et que nous avons vues déjà remarquées par Sasse et Tietze, qui ne leur ont pas, à notre avis, donné l'importance qu'elles méritaient. Dans les observations IV, VII, VIII, IX, XI, certaines cellules épithéliales présentaient une taille considérable par rapport aux cellules normales. Ces cellules avaient leurs dimensions augmentées surtout aux dépens de leur protoplasma. Leur noyau restait petit, arrondi, avec en général un seul nucléole. Le protoplasma prenait difficilement la couleur, et dans un cas, on le voyait, surtout vers la partie libre, présenter des gouttelettes de graisse teintées en noir par l'acide osmique (Obs. VII). Ces cellules ne peuvent pas être confondues avec des cellules épithéliomateuses ; elles n'en ont aucun des caractères, si bien mis en lumière par MM. Quénu et Landel, dans leurs mémoires sur l'adénome et le cancer du rectum. Partout où on voyait ces cellules manifester ainsi leur activité, les acinis étaient déjà considérablement augmentés de volume ; dans l'observation X en particulier, on assistait très nettement à l'évolution des cellules. Les plus périphériques étaient encore adhérentes à la paroi de l'acinus, alors que les cellules centrales commençaient déjà à se détacher, soit isolément, soit en blocs, où les contours cellulaires avaient disparu, mais où on pouvait reconnaître encore les noyaux. Dans les points où la mort avait atteint toutes ces cellules, la paroi de l'acinus, devenu kyste, était réduite à une mince couche de cellules aplaties. Nous retrouvons encore

ces deux aspects dans l'observation VIII ; à côté de microkystes qui présentent ces boursoufflures cellulaires, qui, par places forment de véritables bourgeons, on voyait des kystes plus volumineux réduits à la seule pellicule cellulaire que l'on voyait doubler, en dehors, la couche cellulaire altérée.

Ajoutons enfin que, sur certaines préparations, on trouvait des lésions intermédiaires rétablissant la continuité entre l'épithélium cylindrique ordinaire des acinis et celui extraordinairement modifié que nous venons de décrire (Obs. VI et IX).

En résumé, les altérations épithéliales sont de deux sortes : prolifération banale de l'épithélium acinien ; altérations de cet épithélium consistant en une augmentation de volume de son protoplasma suivie de la mort et de la desquamation de ces cellules ; lésions d'ailleurs rattachées l'une à l'autre par des étapes intermédiaires.

Restent les kystes eux-mêmes. Dès qu'ils atteignent un certain degré de développement, soit par desquamation complète de leurs couches cellulaires, soit par aplatissement de la dernière assise cellulaire, leur revêtement épithélial se trouve réduit à une mince pellicule cellulaire, où on peut encore arriver à déceler des noyaux. Dans l'observation VII, par l'alun de fer, nous avons pu constater un revêtement épithélial sur un kyste gros comme une noix. Souvent aussi, il manquait, mais de son absence, il serait erroné de conclure qu'il n'a pas existé.

Lorsque d'ailleurs ces kystes ont atteint un certain volume, il intervient d'autres facteurs dans leur accroissement, qui n'ont plus rien à voir avec les altérations épithéliales qui leur ont donné naissance.

III.

DEUXIÈME PARTIE.

Etude pathogénique.

Deux points sont à envisager dans cette étude :

1° Pourquoi et comment se forment les kystes ?

2° Quelle est la nature des altérations glandulaires, point de départ de la formation kystique ?

Nous ne ferons point l'historique de la question, cela nous entraînerait trop loin et nous apprendrait peu de chose, sinon que les idées les plus variées ont été admises au sujet de la pathogénie des kystes mammaires.

Billroth, nous l'avons dit, faisant jouer tout le rôle au tissu conjonctif, admettait que celui-ci, en se rétractant, dilatait par places les canaux galactophores, alors qu'ailleurs il les rétrécissait ; nous avons assez insisté, au chapitre précédent, sur les lésions observées pour que nous puissions conclure que c'est toujours aux dépens des acinis glandulaires que les kystes se forment. Poujol a cependant signalé un cas qui peut paraître troublant, (Obs. 49), mais il ne nous semble guère démonstratif. Outre qu'il ne s'agissait pas de kystes véritables, mais de simples dilatations, l'auteur attribue ces dilatations à la production de moules intracanaliculaires.

Pour avoir produit ces moules, il a fallu une sécrétion, et nous doutons que l'épithélium de canaux simplement excréteurs en ait été capable. Enfin, il admet que c'est par pression excentrique de ces moules que le canal s'est dilaté ; et cela est alors tout à fait improbable. S'il y avait dilatation, c'est qu'il y avait eu accroissement interstitiel du canal.

Notre maître, M. Pierre Delbet, a déjà démontré le mal fondé de la théorie de la rétention. Il est bien évident qu'il faut toujours une sécrétion antérieure, et par conséquent, une altération épithéliale ; mais beaucoup d'auteurs admettent encore que la rétention n'en intervient pas moins secondairement. La thèse de Rogeau y est consacrée, et notre Observation 43 est intitulée par Hiebaum, kyste par fibro-myome du mamelon, car l'auteur voit dans cette tumeur la cause de la dégénérescence kystique de la mamelle. M. Delbet a répondu à cela que la ligature du canal excréteur d'une glande en activité en amène l'atrophie. Dans beaucoup de cas enfin, on note l'écoulement du liquide par le mamelon et Roloff, dans un cas, a pu cathériser directement les kystes. Pedotti, qui a combattu aussi la théorie de la rétention, donne comme arguments ce fait que, si on admet la rétention de la sécrétion, cette rétention devait tout d'abord, pour dilater la cavité, aplatir l'épithélium et supprimer ainsi la cause de la sécrétion. Si l'on admet au contraire que le kyste ne se forme que par transudation, celle-ci, en se produisant, altérerait, réagirait sur l'épithélium. Malheureusement, à ces bons arguments qui ne sont pas sans valeur, Pedotti en ajoute d'autres moins probants : il n'a jamais constaté que de l'épithélium au moins cubique sur la paroi des kystes, donc il ne s'aplatit pas ; il n'y a pas de pression dans ces kystes, car lorsqu'on les incise, le liquide s'écoule en bavant. On a pu voir que sur ces deux points nous avions fait des constatations opposées. L'auteur conclut enfin que

les kystes par rétention n'existent pas ; qu'ils sont dus à une active prolifération du tissu conjonctif et que l'épithélium ne fait que s'étaler pour recouvrir la plus grande surface qui lui est offerte. Dans ce cas, on se demande, si cet épithélium a un rôle aussi passif, pourquoi il sécrète.

Nous n'admettons pas non plus la formation des kystes par rétention pour toutes ces raisons. De là à dire que tous les kystes de la mamelle communiquent à l'extérieur, il y a loin. Il est bien évident qu'il peut se produire des oblitérations (rétrécissement, coudure, contenu épais) au niveau des canaux ; ce qui le prouve, c'est le nombre considérable de kystes qui se présentent comme des cavités closes. Mais ce que nous voulons dire, c'est que le kyste est le résultat d'une activité épithéliale qui se manifeste de deux façons : par la multiplication et la sécrétion. Sous l'influence de la multiplication, la paroi de l'acinus se distend et le tissu conjonctif sous-jacent participe à cet accroissement interstitiel, ou bien, ce qu'il est facile de constater, est détruit par la prolifération épithéliale (confluence des acinis). En même temps qu'il se multiplie, l'épithélium sécrète. C'est à des cellules en voie de sécrétion qu'appartiennent ces formes que nous avons longuement décrites tout à l'heure ; c'est une sécrétion anormale comme époque et en même temps anormale comme mode, car on admet que les cellules mammaires en activité physiologique expulsent les éléments nécessaires à la constitution du lait, tandis que nous avons pu constater que la cellule entière mourait et desquamait. Normalement, ces cellules sécrètent du lait, aussi n'est-il pas étonnant qu'on ait retrouvé dans le contenu du kyste tous les éléments de ce dernier liquide. Mais ce n'est pas tout : la formation kystique est amorcée ; il ne tarde pas à se produire un second phénomène qui tient maintenant sous sa dépendance l'accroissement du kyste.

Dès que les kystes atteignent un certain volume, nous

avons vu leur épithélium s'aplatir, voire même disparaître, et le kyste n'en continue pas moins à s'accroître. En même temps, son contenu se liquéfie ; il devient plus limpide : il se produit de la transsudation du sérum sanguin dans la cavité kystique. En vertu de quels phénomènes, nous n'en savons rien, pas plus que nous ne savons en vertu de quels phénomènes intimes il se produit des épanchements séreux dans les séreuses ou dans les autres productions kystiques : les kystes de l'ovaire en particuller. Quoi qu'il en soit, c'est à ce second phénomène qu'est dû exclusivement maintenant l'accroissement des kystes.

Nous arrivons maintenant à la discussion de la nature des lésions. Dans quelle classe peut-on ranger les diverses altérations que nous avons passées en revue ? La plupart des auteurs en font de la mastite chronique, mais en s'appuyant sur la participation du tissu interstitiel au processus. Mais les altérations de l'épithélium, nous l'avons vu, sont les plus importantes ; ce sont elles qui donnent à l'affection un caractère particulier, elles dominent la scène, et celles du tissu interstitiel passent au second plan. Comment donc interpréter ces altérations ? Devons-nous les ranger, à l'exemple de M. Quénu, dans le cadre des cirrhoses épithéliales et les faire ainsi rentrer dans le vaste cadre des inflammations chroniques mal connues, mais cependant distinctes de l'adénome et du fibrome ? Si l'on s'appuie, comme M. Delbet, sur les recherches de Gaudier et Surmont (1), doit-on en faire le résultat d'une infection microbienne directe, mais atténuée ? Ces derniers auteurs ont, il est à remarquer, infecté des glandes en lactation ; ils ont bien trouvé des mamelles noueuses ; à la coupe, aspect caverneux, du tissu conjonctif sclérosé, mais *des acinis et des canaux normaux*, et enfin, ils admettent que les dilatations observées sont lè résultat de la

(1) Gaudier et Surmont. — *Bulletins de la Société de Biologie*, 1895, p. 66.

rétraction du tissu conjonctif sclérosé ; et voilà qui diminue fort la valeur de leurs expériences. Chacun sait que le lait est septique ; Charrin (1) l'a démontré, Basch et Wiliminsky (2) ont, dans leurs recherches sur l'élimination des bactéries par les glandes mammaires, constaté que seul le pyocyanique passait, parce qu'il détermine de petites hémorrhagies, s'échappe ainsi des vaisseaux sanguins et est ensuite éliminé par les canaux galactophores. Enfin, il ne faut pas oublier que les microbes agissent aussi par leurs toxines. Malgré tout, ces constatations ont été faites sur des glandes en activité. Or, dans nombre de cas, il se produit des kystes dans des mamelles qui sont restées complètement inertes. Il peut toujours alors s'être produit une infection ascendante par les voies galactophores ; c'est possible, mais non démontré. On a souvent ensemencé du contenu des kystes de la mamelle ; on n'a rien trouvé. Pour notre part, nous l'avons fait dans tous les cas que nous avons observés ; le résultat a toujours été négatif ; de même que la recherche des microbes sur des coupes. En somme, ni l'anatomie pathologique, ni la bactériologie ne peuvent nous donner de preuves formelles de l'origine infectieuse de ces altérations épithéliales.

C'est possible, probable même, mais non démontré.

Un autre point intéressant est la relation étroite que présentent toutes ces lésions avec celles que l'on étiquette adénomes, adéno-fibromes. Nous avons pu observer des cas de ce dernier groupe, l'un d'eux est extrêmement intéressant à rapporter à cause de la similitude des lésions observées.

(2) Charrin. — *Bull. Soc. Biol.*, 1895, p. 70.
(3) Basch et Wiliminski. — *Berl. Klin. Woch.*, 1897.

OBSERVATION XIV.

Sur les coupes, on constate du tissu adipeux en assez grande quantité, du tissu glandulaire plus ou moins sain et des formations kystiques.

Le tissu glandulaire est modifié par la multiplication du nombre des acinis, l'agrandissement de la cavité, mais il reste toujours à une seule couche de cellules. Le tissu conjonctif interacineux est formé de fibres jeunes, riches en noyaux, alors que le tissu conjonctif extra-lobulaire est formé de fibres adultes. Les formations kystiques que l'on aperçoit en outre dans ces préparations consistent en un agglomérat de cavités plus ou moins irrégulières, plus ou moins grandes résultant de la fusion des unes dans les autres et tapissées, les plus petites d'une couche de cellules cylindriques déjà augmentées de volumes, les moyennes des mêmes cellules dont le corps protoplasmique s'est comme gonflé, mais dont le noyau reste toujours petit et sphérique. Leur bord libre est festonné ; par places, il y a des bourgeons et, en quelques points, une véritable arborescence avec un petit axe conjonctif, vestige d'une cloison interacinienne en partie disparue.

Ces cellules forment ailleurs des bourgeons irréguliers qui se détachent et vont contribuer à former des détritus intra-kystiques. Dans les plus grands kystes, la paroi cellulaire s'aplatit, on voit les cellules cylindriques de tout à l'heure devenir cubiques, puis aplaties. Tous ces kystes sont très proches les uns des autres et ne sont séparés que par une mince cloison conjonctive (Fig. 5). En un autre point de la préparation, on voit une cavité irrégulière dont l'épithélium végète comme il vient d'être dit, mais d'une façon un peu moins nette. La paroi conjonctive n'existe pas avec la netteté de tout à l'heure, parce que tout le tissu en contact avec cette cavité est infiltré de petites cellules.

En résumé, dans cette pièce qui s'est présentée avec le caractère d'un adénome, nous trouvons des lésions kystiques avec dégénérescence épithéliale analogue à celle déjà notée dans les formations kystiques.

*
* *

Voici un cas qui, cliniquement, s'était présenté comme un adénome. A la coupe, il y avait à peine un début de formation kystique. Outre les lésions des acinis qui sont en tous points semblables à celles que nous connaissons déjà, nous trouvons les mêmes altérations épithéliales aboutissant à la dilatation kystique. Rappelons enfin que dans l'observation VII où il s'agissait de kystes, cliniquement, nous avons signalé des figures rappelant trait pour trait la description donnée par MM. Quénu et Landel des adénomes du rectum. Dans les coupes que nous avons faites d'adénomes du sein et que nous ne rapportons pas en détail, nous avons pu constater que la disposition tant du tissu conjonctif que des lobules et des acinis était la même et que les altérations en étaient équivalentes. Il est impossible, à notre avis, de différencier sur des coupes le tissu d'une glande en dégénérescence kystique par l'inflammation chronique, de celui d'une glande atteinte de la même dégénérescence par adénome. Est-ce que, dans les points où la formation des kystes n'est pas accentuée, on peut distinguer anatomiquement ce qu'on appelle de la mastite chronique de l'adénome. L'adénome, dit-on, est caractérisé par la néoformation d'éléments glandulaires sans que ceux-ci perdent leurs caractères de cellules normales. Bien plus, dans le sein, on ne cite *qu'un seul cas*, et encore peu démonstratif, d'adénome vrai. Obligé de faire une part au tissu conjonctif plus ou moins sclérosé, on dit qu'il s'agit de fibro-adénome. Donc, prolifération glandulaire, sclérose conjonctive, on trouve tout ce que

nous avons signalé et ce que l'on rattache aux inflammations chroniques. Il faut donc se rabattre sur les caractères macroscopiques. L'adénome est encapsulé, la mammite chronique peut procéder par noyaux, mais il n'y a jamais cette limite nette entre les parties de tissu malade et les parties de tissu sain.

Mais cela ne nous semble pas devoir constituer une différence fondamentale au point de vue de la nature de la lésion. On peut très bien admettre que les altérations n'ont porté que sur un lobe ou un lobule, et ce que l'on sait de l'indépendance anatomique de ces territoires permet de comprendre que l'on ait des noyaux isolés parfaitement distincts. Ce qui prouve d'ailleurs que cette formation d'une capsule rentre plutôt dans l'ordre des phénomènes physiques, c'est que Labbé et Coyne ont signalé des lésions glandulaires au niveau même de la capsule, ce qui explique les récidives dans les cas d'énucléation simple.

Lésions de mastite chronique ou lésions d'adénome ne nous semblent donc pas devoir être séparées, mais bien plutôt réunies dans un même groupe nosologique.

Nous avons signalé la probabilité, mais non la certitude, de l'origine infectieuse de ces processus. Car s'il y a en sa faveur la sclérose qui est évidemment l'indice d'un processus de réparation, de guérison, il y a aussi les territoires d'infiltration embryonnaire que nous avons signalés. Mais cette sclérose se différencie-t-elle tant que cela de l'aspect normal du tissu fibreux de la glande mammaire ? Nous ne le croyons pas.

Nous nous sommes aussi expliqué sur ce qu'il fallait entendre par cette infiltration embryonnaire. En résumé, les lésions se bornent surtout à des altérations épithéliales, et les quelques lésions conjonctives que l'on trouve leur sont secondaires. Est-ce que l'inflammation chronique est susceptible de produire de la prolifération épithéliale ?

Les classiques apprennent que la sclérose conjonctive, résultat de l'inflammation, aboutit à la destruction de l'épithélium qui dégénère et desquame. Il ne nous semble donc guère probable que les altérations épithéliales signalées relèvent de ce mode pathogénique. En somme, on a affaire à des lésions relevant nettement de ce qu'on appelle adénome : il y a multiplication, néoformation glandulaire ; et aussi, point sur lequel nous avons insisté et qui ne nous semble pas avoir attiré l'attention, des phénomènes pathologiques de sécrétion caractérisés par du gonflement cellulaire et de la desquamation consécutive. Il nous semble que, dans la pathogénie de ces lésions, il faille faire intervenir des troubles vasculaires et surtout nerveux, et nous aurons tendance à les faire rentrer dans le cadre des troubles trophiques. Mais nous entrons dans le domaine de l'hypothèse, aussi ne donnons-nous cette interprétation que parce que les autres ne sont guère satisfaisantes.

IV.

TROISIÈME PARTIE.

Etude clinique.

CHAPITRE I.

Symptômes.

Les kystes du sein n'ont pas, dans les livres, de chapitre qui leur soit spécialement consacré : on parle de mammite, d'adénome, et à leur propos on parle incidemment de leur évolution kystique. M. Reclus, en attirant l'attention sur cette dernière, a suscité de nombreux travaux ; et, si sa première hypothèse ne s'est pas vérifiée, il n'en a pas moins rendu le service d'avoir signalé une affection qui, au point de vue clinique, se caractérise par la présence de cavités kystiques plus ou moins nombreuses, plus ou moins volumineuses, et rien que par cela. C'est en nous plaçant dès le début sur le terrain clinique que nous avons tâché d'isoler les caractères anatomiques de ces formations ; nous allons voir maintenant comme elles se présentent.

Généralités. — Les kystes du sein ne sont pas une affection très fréquente. Cependant, certains auteurs favorisés en ont observé un assez grand nombre. Bryant (1)

(1) Bryant. — The Lancet. 1900, v. 1er, p. 1201.

auquel on est redevable d'une des dernières monographies sur ce sujet, a trouvé sur 242 cas de tumeurs du sein 67 kystes contre 163 cancers ou sarcomes ; c'est donc une proportion considérable. Antérieurement, ROGER WILLIAMS (1), à propos du diagnostic du cancer, pensait qu'il valait mieux ne pas y penser, car c'était une rareté. Sur 2.397 tumeurs traitées au Metropol Hospital, cet auteur n'a trouvé que 63 kystes, soit une proportion de 2,6 0/0. GUELT, à Vienne, sur 1.608 tumeurs, n'avait trouvé que 5 kystes. W. BULL (2), dans un espace de 14 ans, a vu 39 cas de kystes, plus 8 de maladies kystiques de RECLUS. Nous voilà loin de la proportion indiquée par BRYANT. Pour notre part, nous avons recueilli 78 observations publiées dans la littérature, et nous ferons remarquer que nous n'avons pas publié les observations de maladies kystiques déjà réunies dans différentes thèses. Nous donnons enfin 19 observations inédites.

Nous pouvons donc dire que si les kystes du sein ne sont pas une affection très fréquente, il n'est cependant pas rare d'en trouver 2 à 3 cas par année dans un service de chirurgie.

L'âge auquel apparaissent ces kystes est, dans la grosse majorité des cas, entre 40 et 50 ans. C'est donc à cette même période de la vie où nous voyons apparaître toutes les néoformations.

BRYANT donne comme proportions :

4	cas	au-dessous de 30	ans.
11	—	entre 30 et 40	—
33	—	— 40 et 50	—
16	—	— 50 et 60	—
3	—	au-dessus de 60	ans.

(1) WILLIAMS. — British med. Journal, 1896, v. 1, p. 246.
(2) W. BULL. — Medical Record. April 1899, p. 557.

Quant aux rapports de la génèse des kystes avec les divers phénomènes de la vie sexuelle de la femme, de la lecture de nos observations il ressort qu'il est difficile de tirer des conclusions à ce sujet ; cependant, il est à noter leur plus grande proportion chez les femmes mariées, chez celles par conséquent dont les seins sont plus susceptibles de subir des modifications évolutives physiologiques. Dans les antécédents d'un certain nombre de nos malades, on a noté des inflammations aigües antérieures ; mais, le plus souvent, leur passé était indemne.

Une première distinction a été faite des kystes du sein en kystes uniques et en kystes multiples. Cette division est utile à conserver, car la multiplicité des formations kystiques est un caractère de la plus haute importance clinique.

Kystes uniques. — Le kyste unique se présente comme une tuméfaction localisée dans un point quelconque de la glande, elle s'est développée lentement et sans douleur le plus souvent, et la malade s'en aperçoit par hasard.

Lorsqu'on est appelé à examiner un sein atteint d'un kyste, on constate tous les signes banals qui caractérisent les tumeurs bénignes du sein ; nous n'y insisterons donc pas. Il n'y a qu'une chose à signaler, c'est la consistance. Celle-ci est variable et tient tout d'abord au siège de la collection.

A-t-on affaire à des femmes maigres, à sein peu développé, à kyste superficiel, on sent nettement alors que celui-ci a une surface lisse et régulière, qu'il est dur, mais plutôt rénitent. Enfin, dans certains cas, il est possible de sentir de la fluctuation, et alors, toute hésitation est levée. Nous allons reprendre, après un rapide examen des kystes multiples, l'état de la peau, du mamelon, et la question des écoulements.

Kystes multiples. — Ils sont beaucoup plus fréquents que les kystes uniques. Sur les 96 observations rassemblées pour ce travail, il n'y en a guère qu'une douzaine où il s'agissait indubitablement de kystes uniques. D'autres semblent être des kystes uniques, mais, comme il manque l'examen complet de la glande, il se peut très bien que le chirurgien n'ait eu son attention attirée que par le plus volumineux et n'ait ainsi porté qu'un diagnostic incomplet. Ces kystes multiples se présentent limités à un sein, ou généralisés aux deux. Dans une même glande, on peut sentir plusieurs masses, dont l'une en général attire plus spécialement l'attention, mais on ne tarde pas à en découvrir d'autres de plus petit volume. Si on trouve des kystes multiples dans les deux mamelles, on a le syndrome clinique auquel M. Reclus a donné le nom de maladie kystique, insistant surtout sur ces deux caractères : envahissement total de la glande et bilatéralité.

Nous n'avons pas l'intention de discuter à nouveau la maladie kystique ; le nom nous semble bien choisi, à condition que l'on reste sur le terrain clinique et qu'on en étende la signification à tous les cas de kystes multiples unis ou bilatéraux. Tous ces kystes ont plus ou moins l'apparence de tumeurs solides ; et ils le doivent à l'état de tension dans lequel se trouve le liquide contenu dans le kyste.

Des connexions avec la peau et le mamelon. — Dans la grosse majorité des cas, les kystes du sein sont indépendants de la peau ou des parties profondes. Il est cependant des cas (Observations VIII) où, avec une dégénérescence kystique type des deux seins, il y avait de l'adhérence de la peau ; et des cas encore plus nombreux sont rapportés sous les numéros 52, 53, 57, 56, 58, où on avait de la rétraction ou de l'étalement du mamelon. Cela se comprend par les connexions intimes qui unissent au

mamelon par les canaux galactophores les lobes glandulaires affectés.

Des écoulements. — C'est un signe très important quand il se produit ; car il est l'indice pathognomonique d'une sécrétion anormale. Ces écoulements sont assez rares, et ils affectent deux modes : ou bien ils se produisent spontanément, ou bien quand on comprime la tumeur. Lorsqu'ils sont spontanés, ils sont continus ou intermittents. Leur intermittence est la règle, et il n'est pas rare de voir signaler, entre les périodes d'écoulement, l'accroissement de la tumeur et l'apparition de douleurs. De même, une tumeur qui était absolument dure avant qu'il ne se produise de l'écoulement, devient plus souple et peut révéler de la fluctuation lorsqu'il s'est produit.

Quant à la nature de ces écoulements, elle dépend de celle du contenu du kyste, quoiqu'on puisse, dans les cas de kystes multiples, avoir un écoulement séreux et un kyste à contenu légèrement brunâtre.

L'écoulement séreux est, par lui-même, un bon indice de la nature du kyste, car il permet de conclure que le kyste qui le fournit est de bonne nature et ne contient ni végétation solide, ni dégénérescence épithéliale. En effet, dès que l'écoulement d'un kyste est sanglant ou même brunâtre, il faut se méfier de la présence de végétations. Celles-ci peuvent être de nature adénomateuse comme nous en rapportons des observations ; mais elles peuvent aussi, dans certains cas, être de nature maligne. L'observation 66 a trait à un cas de kyste à contenu sanguin ; et cependant, il n'y avait dans ce cas aucune végétation de quelque nature que ce soit. Mais la malade avait eu son sein traumatisé. De même, dans l'observation 12, de Sasse, il y avait un contenu sanguin avec formation d'un caillot en un point de la paroi, indice d'une petite rupture vasculaire. Lorsqu'on a affaire à des écoulements plus franchement san-

glants, il faut se méfier d'une dégénérescence épithéliale sur la paroi du kyste ; cependant, dans ces cas-là, il faut avoir soin de ne pas confondre l'écoulement franchement sanglant de l'epihélioma dendritique avec celui d'un kyste en dégénérescence maligne ; les autres caractères aident au diagnostic. Même dans ces cas, le contenu des kystes peut ne pas être franchement sanglant ; il est brunâtre et chocolat. Voici un exemple de kyste du sein avec un point de la paroi présentant une dégénérescence épithéliomateuse. Cette observation et les pièces qui s'y rapportent m'ont été communiquées par le Docteur Lœwy.

OBSERVATION XV.

Kyste du sein à contenu chocolat. — Dégénérescence épithéliomateuse.

Mme X..., 36 ans, s'est aperçue, il y a deux mois, de la présence d'une grosseur dans le sein droit.

Bien portante habituellement, bien réglée, pas d'enfants. A l'examen, son sein droit présente une légère voussure bleuâtre siégeant en dehors du mamelon, grosse comme une amande ; pas de douleur, pas d'écoulement par le mamelon ; à la palpation, on constate que cette tumeur est formée par une collection liquide et qu'en outre, on trouve dans le reste de la glande une autre petite tumeur grosse comme un petit pois.

Tumeur immobile sans adhérence à la peau ni aux parties profondes. Ablation en décembre 1902 ; la pièce est formée d'un kyste à contenu chocolat présentant sur sa paroi des traces de fusion de cavités voisines et en un point on trouve un bourgeon sessile, dur, gros comme un pois.

L'ensemencement du liquide a été négatif.

L'examen microscopique a porté sur le tissu glandulaire, sur la paroi du kyste et sur le bourgeon.

Tissu glandulaire. — Au sein d'un tissu fibreux, on voit de nombreux lobules formant des masses compactes, mais qui sont dissociées par le tissu conjonctif, lorsqu'ils subissent leur transformation micro-kystique ; tous les acinis des lobules sont, en effet, pour la plupart, en état d'active prolifération et de dilatation.

Quelques lobules cependant ont conservé leur aspect normal, et ils semblent même parfois être en voie d'atrophie.

Kyste. — Ce kyste est bordé dans toute son étendue d'un épithélium cubique, par place formant deux couches. Cet épithélium repose sur une paroi fibreuse adulte, riche en noyaux et présentant par place des nids d'infiltrations embryonnaires.

Bourgeon. — Il est exclusivement formé d'épithélioma dendritique ; mais il est encore nettement séparé du tissu conjonctif voisin. Par places, le tissu conjonctif qui entre dans la composition de sa charpente est ordonné en strates concentriques rappelant l'aspect du cylindrome.

En résumé, kyste développé sur un sein au début d'une dégénérescence kystique, avec un point de sa paroi en dégénérescence épithéliomateuse.

*
* *

La conclusion de tout ceci est que l'on doit toujours inciser les kystes de la mamelle pour s'assurer de la nature de leur contenu et explorer leurs parois. Dès qu'un bourgeon s'y montre, il ne faut plus se contenter du traitement que nous allons préconiser, mais enlever toute la glande.

De l'état des ganglions. — Ceux-ci sont, dans la grande majorité des cas, indemnes. Mais, dans beaucoup de cas,

nous les avons trouvés signalés ; l'examen histologique les a trouvés atteints seulement de lésions inflammatoires. Cependant, dans un cas de SCHIMMELBUSCH où il s'agissait de kystes multiples de la mamelle, on trouvait des ganglions. Ajoutons qu'il y avait dans un des seins un point cancéreux, et que les ganglions étaient eux-mêmes en dégénérescence épithéliomateuse. Aussi, en présence de ce fait, croyons-nous que, toutes les fois qu'on trouvera des ganglions axillaires coïncidant avec des kystes du sein, il sera prudent d'en faire l'excision et, si on ne peut avoir le contrôle histologique, de pratiquer par prudence l'ablation totale du sein avec curage de l'aisselle.

CHAPITRE II.

De l'évolution des kystes du sein.

Il est un signe des plus importants de l'évolution des kystes, qui a d'ailleurs été signalé maintes fois par les auteurs, c'est la marche par poussées successives. On assiste à des alternatives d'augmentation et de diminution de volume qui peuvent ou non coïncider avec l'écoulement intermittent ou avec des douleurs. C'est un signe pathognomonique de la présence des kystes dans un sein.

Les kystes peuvent persister avec leur volume pendant de longues années. Cette évolution silencieuse et stagnante a été bien observée depuis qu'on n'opère plus les maladies kystiques. Non contents de rester silencieux et immobiles, ils peuvent encore disparaître. Maunoury a, l'un des premiers, signalé cette disparition et nous ajoutons à ces faits 3 ou 4 autres observations, dont l'une, de Birkett, date de 1868.

Rarement, mais cela s'est vu, l'observation 78 en est une preuve, les kystes peuvent s'infecter ; il ne s'agit que d'infections secondaires.

Un point beaucoup plus important est la relation de ces kystes avec le cancer. M. Reclus disait encore en 1900 qu'il n'avait jamais vu de cas de maladie kystique opérés, récidiver, ou, observés, se transformer en cancer. Nous répondrons en citant l'observation 25 de Schimmelbusch, 15 de Sasse, qui sont des cas de kystes multiples bila-

téraux, l'observation 31 de Sasse, 74 et 75 de Robinson. Dans cette dernière observation même, l'auteur n'avait amputé qu'un sein, et y trouvant de l'épithélioma, il amputa l'autre qui était kystique, mais sans néoplasme et enfin les observations 76 et 77 de Snow. Cette dernière est cependant moins démonstrative. Nous avons nous-même signalé un cas (Obs. VII) où on assistait à la transformation en cellules épithéliomateuses des cellules glandulaires normales et il s'agissait de kystes multiples. La question nous semble donc jugée. Qu'il s'agisse de kystes uniques (Obs. XV) ou multiples, la dégénérescence cancéreuse peut s'observer. On se demande vraiment pourquoi une mamelle kystique aurait de ce fait une immunité particulière. Il nous semble plus logique d'admettre au contraire que, le branle étant donné à l'activité épithéliale, celle-ci puisse plus facilement se manifester dans le sens épithéliomateux que dans une glande au repos.

CHAPITRE III.

Diagnostic.

Celui-ci est ou très facile ou très difficile. Il est facile, quand on a affaire, soit à un kyste isolé revêtant l'aspect d'une tumeur lisse arrondie, fluctuante, sans adhérences, sans ganglions, soit à des types de maladie kystique uni ou bilatérale.

Les cas de maladie kystique sont d'ailleurs les plus faciles. Il est inutile de les différencier de ce que Phocas a appelé maladie noueuse, car c'est la même chose ; ou des fibromes multiples, car ces derniers résultent du même processus, et ce que cliniquement on appelle fibromes multiples, n'est souvent constitué que par des cavités kystiques.

Plus difficile est souvent le diagnostic du kyste isolé, pour peu qu'il se présente comme une tumeur un peu irrégulière, qu'il se montre chez des femmes grasses, qu'il soit profondément situé, et on pense bien plutôt au cancer qu'au kyste.

Il est un moyen de diagnostic pour tous ces cas auquel M. Reclus a consacré plusieurs cliniques et que Birkett conseillait déjà en 1868, c'est la ponction exploratrice. Dès que l'on suspecte la présence d'un kyste, ou même toutes les fois qu'on a affaire à une tumeur du sein dont les caractères ne sont pas au complet, rien ne paraît plus simple que d'y planter une aiguille.

Le moyen est excellent sans doute, mais avec certaines restrictions : tout d'abord, la ponction peut être blanche, quoiqu'il y ait du liquide (Obs. XIX) ; enfin et surtout la ponction exploratrice est insuffisante pour établir la nature bénigne de ces kystes ; et elle est surtout dangereuse, en ce qu'elle semble avoir une apparence de certitude.

Aussi, à ce moyen incertain, préférons-nous de beaucoup l'incision exploratrice faite suivant les règles que nous allons exposer et qui en même temps sera le premier temps du traitement.

V

QUATRIÈME PARTIE.

Etude thérapeutique.

De tout ce qui précède, il résulte que les formations kystiques sont le résultat, sinon d'un processus inflammatoire vrai, d'un trouble peut-être trophique atteignant l'épithélium des culs de sac glandulaires. Ce n'est pas encore le néoplasme avéré, mais il peut s'en développer un ; le diagnostic, nous l'avons vu, est souvent difficile, surtout s'il s'agit de kystes isolés ayant l'apparence d'une tumeur solide. Nous avons vu combien était peu sûre, dans certains cas, la ponction exploratrice, aussi avons-nous recommandé, suivant en cela la pratique de notre maître, M. Quénu, l'incision exploratrice qui est le vrai moyen de diagnostic.

Quant aux indications thérapeutiques nécessitées par les kystes mammaires, il faut encore, ici, envisager les deux cas de kystes isolés et de kystes multiples.

Dans les cas de kystes isolés, on devra toujours intervenir ; fréquemment, ces collections liquides peuvent recéler, en un point de leurs parois, des lésions épithéliomateuses et une intervention vraiment bénigne qui peut même être faite au moyen de l'anesthésie locale devra toujours être pratiquée.

Dans ces cas-là, sauf indications bien spéciales, nous recommandons l'incision esthétique sous-mammaire. On peut toujours, en relevant la glande, atteindre des kystes même situés dans la partie toute supérieure de la région. « Dissimuler la cicatrice, c'est le seul avantage de cette « incision, mais cet avantage est, en général, fortement « apprécié (P. Delbet) ».

Nous ne sommes pas du tout partisan de la pratique de M. Morestin (1), qui consiste à faire une incision dans l'aisselle, pour aller, en se creusant une voie sous-cutanée, à la recherche de la tumeur. Hâtons-nous de dire que l'auteur la préconise surtout pour les tumeurs solides bien encapsulées ; mais, outre qu'on peut faire des erreurs de diagnostic, cette voie nous semble par trop indirecte et présente trop d'inconvénients pour le seul avantage de dissimuler une cicatrice qui l'est tout aussi bien dans le sillon sous-mammaire.

C'est Gaillard-Thomas (2), qui préconisa, le premier, cette incision en 1882, connue depuis, dans la littérature anglaise et américaine sous le nom de « Thomas' trap-door incision ».

Voici quelle était la pratique de l'auteur : Avant l'anesthésie, on faisait mettre la malade debout, et on marquait à l'encre le pli sous-mammaire. Puis on incisait au niveau de ce pli, jusqu'à ce qu'on tombât sur les fibres du grand pectoral ; on disséquait alors la face profonde de la glande aussi loin que la courbure de l'incision le permettait, et, renversant alors la glande, on extirpait par la face profonde, les tumeurs bénignes diagnostiquées : fibromes, lipomes, kystes et adénomes ; car l'auteur fait remarquer expressément que sa méthode n'est applicable qu'aux cas dûment reconnus comme bénins.

(1) Morestin. *Presse médicale,* 1902, oct.
(2) Gaillard-Thomas. *The New-York medical Journal,* 1882, p. 337.

Depuis, cette pratique fut suivie par tous, et c'est évidemment, dans les cas qui nous occupent, le procédé de choix.

Lorsqu'il s'agit non plus de kystes isolés, mais de kystes multiples, les indications ne sont plus aussi simples. Lorsque, à la suite de la communication de Reclus et Brissaud, on crut que cette dégénérescence kystique était synonyme de cancer, on enlevait le ou les seins atteints. Quand il eût été démontré que, en réalité, on avait affaire à des processus inflammatoires, de l'intervention à outrance on est subitement passé à l'abstention complète. En 1900, à la discussion suscitée à la Société de Chirurgie par une communication de M. Quénu, à propos du traitement des kystes multiples du sein, MM. Reclus, Walther, Delbet, Richelot penchent plutôt pour l'abstention à moins d'indications spéciales : kystes volumineux (Delbet), douleurs très vives (Delbet-Walther). Par contre, MM. Tuffier, Nélaton, Segond, s'appuyant sur des faits dans lesquels ils avaient vu survenir des tumeurs malignes sur des seins qui n'étaient primitivement que kystiques, étaient plutôt pour l'intervention, et, en particulier, M. Segond disait qu'en présence d'un sein kystique, il faut être particulièrement bien sûr de son diagnostic et notamment très certain de pouvoir toujours distinguer les néoplasmes kystiques de la maladie kystique proprement dite, pour oser prendre les très lourdes responsabilités de l'abstention quand même.

M. Reclus, pour qui il n'est pas de maladie kystique s'il n'y a pas bilatéralité, n'avait jamais vu de cancer se développer secondairement, et n'avait jamais constaté de récidive. Nous avons signalé un cas type de maladie kystique, puisque bilatérale, d'après Robinson, et où l'auteur ne s'était décidé à enlever le second sein que parce que, dans le premier, il avait trouvé des points cancéreux. Nous avons vu les transformations insensibles par les-

quelles passait la cellule épithéliale normale pour devenir la cellule cancéreuse, et il n'est pas douteux qu'une mamelle atteinte de dégénérescence kystique ne soit un terrain favorable pour l'éclosion d'un cancer au même titre que la leucoplasie buccale.

Aussi, bien qu'en général, les kystes multiples de la mamelle soient un mode d'évolution pervertie de l'épithélium mammaire à caractères bénins, nous croyons que, outre les indications déjà signalées : tumeurs volumineuses, douleurs, phobie du cancer, il est toujours prudent d'intervenir ; d'abord on s'assure de visu de la nature réelle du processus, ensuite, on modifie ce processus.

Le procédé thérapeutique que nous recommandons est, en effet, celui décrit par M. Quénu, à la séance du 27 juin 1900 de la Société de Chirurgie. Nous ne pouvons mieux faire que laisser la parole à notre maître.

« Le traitement de la maladie kystique est assez fruste.
« C'est ce qui m'engage à vous présenter cette malade
« que j'ai opérée, le 9 juin dernier, en m'adressant à une
« méthode conservatrice.

OBSERVATION XVI.

« Cette femme, âgée de 43 ans, a eu deux grossesses, mais n'a jamais nourri et n'a eu aucun eczéma ni abcès du sein ou du mamelon. Au mois d'avril de cette année, elle s'aperçut que son sein gauche était le siège d'une petite tumeur grosse comme une noix, occupant la demi-circonférence supérieure de l'organe. Cette tumeur provoquait de petites douleurs à l'approche des règles. Au commencement de mai, la tumeur doubla de volume et devint plus douloureuse. Actuellement, le volume est celui d'une grosse orange : la surface est lisse, la mobilité est assez grande avec la peau et les parties profondes, sauf avec la partie supérieure de la glande qui lui est adhérente ; aucune adénopathie. Mamelon normal.

« Le 9 juin, je pratiquai une incision courbe supéro-interne, disséquai le kyste sans l'ouvrir, et, au niveau de l'adhérence, je tranchai dans le tissu glandulaire pour achever ma libération. Sur les deux tranches glandulaires ainsi sectionnées, viennent sourdre de petites gouttes de liquides différents, tantôt claires, tantôt graisseuses ou butyreuses ; je renverse la glande de façon à faire saillir sa face profonde qui est lobulée et je larde les tranches précédentes, de même que les petits lobules de la face profonde de la mamelle avec la plus fine pointe du thermo-cautère.

Cette cautérisation achevée, la face profonde de la glande prend l'aspect d'un écumoire. Je réunis alors par du catgut les deux tranches de section de la glande et fais une réunion superficielle également complète. Les suites furent absolument simples et la réunion obtenue par première intention.

« Je ne sache pas que l'ignipuncture ait été appliquée « directement à la glande mammaire après incision « cutanée. Je pense qu'il serait possible, dans un assez « grand nombre de cas, de guérir de la sorte la maladie « kystique. Je suppose, bien entendu, qu'il s'agit de « l'affection inflammatoire chronique que j'ai proposé le « premier d'appeler cirrhose épithéliale du sein et que « l'idée d'un véritable néoplasme est écartée. Cela est « d'autant plus facile que le premier temps de l'opération « consiste, après une section demi-circonférentielle de la « peau, portant autant que possible sur la demi-circonfé-« rence inférieure, à sectionner la glande en deux, de la « face profonde vers la face superficielle, en faisant porter « cette section perpendiculaire de préférence aux points « où siègent les plus gros kystes apparents. Ces deux « tranches vont servir, d'une part, à s'assurer du diag-« nostic, à s'assurer qu'il n'y a pas, en particulier, une « dégénérescence squirrheuse d'une maladie kystique

« simple antérieure, d'autre part à découvrir les kystes et
« à les ignipuncter profondément.

« On ne peut avoir la prétention d'ouvrir tous les petits
« kystes, mais on peut espérer que chaque point cautérisé
« est un centre de transformation conjonctive c'est-à-dire
« d'étouffement des kystes par une sclérose atrophiante
« interacineuse.

« Cette méthode est rationnelle d'après la conception
« que j'ai émise de la maladie kystique, à savoir d'une
« origine inflammatoire débutant à la surface du revête-
« ment épithélial et gagnant le tissu conjonctif péri-aci-
« neux ; c'est dans le même sens qu'ont été préconisées
« les injections de liquides irritants dans les petits
« kystes.

« Il est inutile d'ajouter que l'incision glandulaire per-
« mettrait d'exciser les productions kystiques assez volu-
« mineuses pour déformer la surface glandulaire.

« J'attire l'attention de mes collègues sur la conserva-
« tion de la forme de la mamelle ; la valeur de cette
« opération serait évidemment mieux démontrée si quel-
« ques mois s'étaient écoulés. »

A cette première observation, nous pouvons en ajouter trois autres qui ont été traitées de même.

OBSERVATION XVII.

Mme M...., 48 ans, se présente au dispensaire Isaac-Péreire, à Levallois, pour une tumeur au sein droit dont elle s'est aperçue à la déformation causée. On trouve, en effet, dans l'hémisphère supérieure de la glande, un kyste gros comme un œuf de poule, venu sans douleur et dont la malade s'est aperçue il y a 7 ou 8 semaines.

Jamais d'écoulement par le mamelon. Pas de ganglions.

Opération le 6 décembre 1900 par M. Quénu : incision sous-mammaire, retournement de la glande ; section de la

profondeur vers la superficie ; ablation du gros kyste ; cautérisation des deux tranches au galvano-cautère. Réunion par première intention.

Cette malade a été revue ces jours-ci (Décembre 1902), donc, deux ans après l'intervention. Elle a engraissé ; ses deux seins sont absolument symétriques, pas de douleurs. Tous les deux sont légèrement granuleux, mais sans nodules marqués. Aucun écoulement, aucune douleur pendant les règles. Santé générale parfaite.

OBSERVATION XVIII.

Mme X..., 40 ans, entre à la maison de santé de la rue Bizet pour une tumeur du sein gauche. On trouve, en effet, ce sein légèrement déformé et bourré de noyaux plus ou moins volumineux dont quelques-uns sont rénitents. Pas de douleurs, pas d'écoulement, pas de ganglions.

En juin 1902, intervention par M. Quénu : incision sous mammaire, en bas et en dehors, dissection de la glande par sa face profonde, renversement, section de la profondeur vers la superficie. Cette section ouvre de nombreuses cavités kystiques d'où jaillit avec force du liquide citrin et limpide. Les plus gros kystes sont excisés, on larde le reste de la glande avec la pointe fine du thermo-cautère. On remet la glande en place après quelques points profonds au catgut. Suture cutanée. Réunion par première intention.

OBSERVATION XIX.

Kystes multiples des deux seins.

X..., 47 ans, femme de chambre, entre à l'hôpital Cochin, pavillon Pasteur, service de M. Quénu, le 7 février 1903, pour une tumeur du sein.

Depuis 7 à 8 ans, la malade se plaint de douleurs dans

l'aisselle et le membre supérieur, s'irradiant vers les fausses côtes. En janvier, un médecin qui l'examine trouve des nodosités dans le sein droit.

Pas mariée, pas d'enfants, bien réglée.

Aspect normal des deux seins, pas d'écoulement.

Sein droit. — Dans le quadrant supéro-externe, on trouve une masse irrégulière, lobulée, faisant corps avec la glande mais parfaitement mobile, dure, non rénitente, assez douloureuse au palper. Pas de ganglions.

Sein gauche. — Dans toute son étendue, on trouve la glande formant un placard irrégulier, bosselé, très dur. Douleurs spontanées depuis dix jours. Pas de ganglions.

Ponction exploratrice négative.

Opération le 10 février par mon collègue Pierre Duval avec mon aide.

Sein droit. — Incision sous-mammaire, retournement du sein : excision d'une masse composée d'un gros kyste à contenu liquide, d'autres à contenu puriforme, et d'un autre à contenu formant à l'évacuation une masse caséuse rubanée. Incision de la glande ; thermo-cautérisation dans tous les sens. Drainage. Suture.

Sein gauche. — Même technique, on ouvre des kystes multiples d'aspect fluide, d'autres à contenu caséeux, et un gros à contenu verdâtre. Ignipuncture, drainage, suture.

Suites parfaites apyrétiques. Réunion par première intention.

La malade est revue 3 mois après et revient dans le service pour un fibrome de l'utérus que l'on opère.

Ses deux seins sont complètement indolents : on sent encore quelques petites bosselures indices probablement de foyers de cicatrice.

Examen de la pièce. — 1° L'ensemencement du contenu des kystes en milieu aérobie ou anaérobie a été négatif.

2° Les lésions observées au microscope rentrent dans le cadre de celles précédemment décrites.

Voici donc quatre cas de kystes multiples du sein traités avec succès par la méthode de M. Quénu. Une malade a été revue deux ans après dans un excellent état, ce qui prouve bien que la guérison est durable.

Nous conclurons en disant que, en présence de kystes multiples de la mamelle, on doit presque toujours intervenir, et que cette intervention doit consister dans l'exposition de la glande par sa face profonde et dans sa section perpendiculaire suivie de l'ignipuncture sur les tranches de l'incision.

Enfin, ajoutons que cette méthode de traitement permet de prélever un fragment de la glande mammaire pour l'examen histologique, qui ne devra jamais être négligé.

Nous n'avons pas, à dessein, parlé d'un autre mode de traitement signalé par tous les auteurs et que nous avons vu, dans nos observations, employé maintes fois par Bryant : nous voulons parler de la simple ponction suivie ou non d'injection modificatrice ou de l'ouverture pure et simple de la poche. C'est un mode de traitement un peu trop aveugle, peu sûr dans ses résultats et qui devra être réservé pour les cas où on aurait affaire à des malades vraiment pusillanimes.

Ajoutons enfin que, ainsi que le dit M. Quénu, si on s'aperçoit par l'incision exploratrice de la dégénérescence squirrheuse, on devra pratiquer l'ablation totale du sein avec curage de l'aisselle.

CONCLUSIONS.

1. — Pour qu'on puisse dire qu'on a affaire à des kystes du sein, il faut que la collection liquide semble constituer toute la lésion. Ces kystes se forment au dépens des acinis glandulaires qui se dilatent au sein d'un tissu conjonctif scléreux, présentant quelquefois des modifications inflammatoires. La lésion caractéristique est l'altération épithéliale. L'épithélium acinien se multiplie et sécrète. Cette activité formative et sécrétoire est la particularité la plus intéressante. Au début, le kyste s'agrandit par accroissement interstitiel (accroissement actif), puis du fait de l'exsudation qui s'y produit (accroissement passif).

2. — Les lésions décrites comme caractéristiques de la mastite chronique et celles qui le sont de l'adénome sont exactement superposables. Il ne s'ensuit pas que l'adénome soit le produit d'une inflammation banale ; nous croyons au contraire que l'étiquette sous laquelle on range les altérations épithéliales que nous avons observées n'ayant pas grande valeur, ces néoformations épithéliales, qui sont bien plutôt des malformations, semblent appartenir à des lésions d'ordre trophique.

3. — La clinique nous montre que cette évolution kystique peut être localisée à un segment de la glande ou généralisée à tout un sein ou aux deux. Ils ont une marche lente, par poussées, sont susceptibles de résorption, mais peuvent aussi être le siège de dégénérescence épithéliale maligne.

Toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une tumeur du sein, la clinique étant impuissante à nous en révéler la nature ; c'est à l'incision exploratrice, suivie de l'examen hislologique que l'on devra s'adresser.

4.—Le traitement idéal de la dégénérescence kystique de la mamelle est l'incision de la glande en l'exposant par sa face profonde, suivie de la thermocautérisation sur les deux tranches de l'incision, d'où deux avantages : modification du processus par la formation d'un tissu de sclérose, conservation du sein.

Vu :
le Doyen,
M. DEBOVE.

Le Président de la Thèse,
TILLAUX.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

PIÈCES JUSTIFICATIVES.

PREMIER GROUPE.

Observations ayant trait aux cas donnés comme des kystes essentiels ou simples de la mamelle.

Observation 1. — Résumé.

Kyste simple de la mamelle.

Grias. — Thèse de Paris, 1886, p. 21.

Il s'agit d'un kyste unique du volume d'une noix contenant du liquide louche à parois épaisses.

La paroi peut se diviser en trois zones très schématiquement: une couche d'éléments fibreux condensés, se colorant peu par le carmin ; une couche plus colorée et de texture moins serrée ; une couche plus ou moins modifiée qui se continue avec le tissu glandulaire composé d'une trame conjonctive dans laquelle on trouve épars des culs-de-sac glandulaires. Pas d'épithélium à la surface interne du kyste.

Observation 2. — Résumé.

Kystes simples du sein.

Grias. — Thèse de Paris, 1886, p. 24.

Il s'agit d'un sein présentant 4 grosses cavités kystiques avec d'autres plus petites et un tissu intermédiaire dur et résistant. Ces kystes étaient tapissés d'un épithélium métatypique, dit l'auteur, mais obtenu par râclage, les constatations anatomiques n'ont pas grande valeur. La paroi est formée de tissu conjonctif où on trouve des culs-de-sac glandulaires altérés ; ils sont plus ou moins dilatés et leur épithélium est modifié, en dégénérescence granuleuse très prononcée.

Observation 3. — Résumé.

Kystes simples du sein.

Grias. — Thèse de Paris, 1886, p. 27.

Tumeur de la mamelle constituée par des kystes à contenu puriforme et séparés les uns des autres par des travées fibreuses saines.

Au microscope, on constatait une condensation du tissu conjonctif due à la pression excentrique qu'ont subie les parois kystiques, prolifération de noyaux embryonnaires, forme métatypique de l'épithélium du revêtement ; culs-de-sac semblables à ceux d'une glande mammaire en voie de développement ou notablement élargis.

Observation 4. — Résumé.

Kystes simples du sein.

Grias. — Thèse de Paris, 1886, p. 31.

Kystes multiples de la mamelle chez une femme de 56 ans ; épithélium du revêtement pavimenteux, condensation du tissu conjonctif, aplatissement d'un certain nombre de culs-de sac

par pression excentrique et dégénérescence muqueuse d'une grande partie des faisceaux fibreux constituant la paroi due à la même cause; prolifération des cellules embryonnaires; dilatation des culs-de-sac environnants à tous les degrés de l'ectasie; telles sont les principales lésions que l'on relève dans cette tumeur.

Observation 5. — Résumé.

Kystes séreux essentiels de la mamelle.

VIGNARD. — *Bull. de la Soc. Anat.*, 1888, p. 761.

Femme de 32 ans, nullipare, se présente avec une tumeur du sein grosse comme un œuf qui a grossi lentement depuis 13 à 14 mois. Cette tumeur n'est perçue que par la palpitation, elle est dure, bosselée, à limites un peu indécises, très mobiles; pas de ganglions. Dans la mamelle gauche, il y a une petite bosselure dure non fluctuante. Diagnostic : adénofibrome. Il s'agissait de kystes multiples, dont le plus grand était multiloculaire, et à contenu jaunâtre et limpide.

Il n'y avait pas d'épithélium au niveau du grand kyste, la paroi n'était que conjonctive.

Dans le tissu intermédiaire on trouvait des culs-de- sac glandulaires dont les uns étaient sains et les autres présentaient des dilatations notables. Dans le même lobule on en pouvait voir de dilatés et d'autres comme étouffés par la prolifération conjonctive périacineuse. L'épithélium est polygonal et forme plusieurs couches stratifiées. VIGNARD conclut à des kystes séreux développés dans une mamelle ne présentant ni les lésions du fibrome ni celles du carcinome.

Observation 6. — Résumé.

Kystes simples de la mamelle.

DARTIGUES. — *Bull. de la Soc. Anat.*, 1897, p. 831.

Malade de 39 ans, présente dans le sein gauche une petite tumeur bénigne encapsulée. Diagnostic hésite entre adéno-

fibrome, sarcome ou kyste hydatique. Ponction exploratrice ramène du liquide clair et citrin. Ablation d'un kyste uniloculaire à parois souples. Le liquide a été ensemencé sans résultats positifs. La paroi du kyste est fibreuse et on trouve à son voisinage des acinis glandulaires dilatés.

Observation 7. — Résumé.

Kyste essentiel de la mamelle.

Tillaux-Vaudremer. *Tribune médicale*, 1893, p. 47. — Bagourd. Thèse de Paris, 1894, p. 43.

Femme de 35 ans, sans enfants ; a une tumeur dans un sein, lisse, dure, même rénitente, sans adhérence, pas de ganglions, pas d'écoulement par le mamelon.

Examen histologique. — Par M. le Dr Pilliet, chef du laboratoire.

La pièce une fois ponctionnée s'aplatit instantanément, le liquide est légèrement louche et contient des cellules épithéliales desquamées ; elles sont aplaties et polygonales, ne contiennent pas de granulations graisseuses.

La paroi du kyste est blanche, fibreuse, d'inégale épaisseur, car elle englobe de petits acinis glandulaires irrégulièrement distribués. La surface interne est plissée, la poche étant vide. Il s'agit d'une rétraction artificielle. Nulle part, cette surface ne présente de végétations distinctes.

Les couches comprenant l'épaisseur totale de la paroi, examinées à un faible grossissement, après coloration au picrocarmin d'alun, montrent une partie fibreuse épaisse et festonnée composée exclusivement de fibres conjonctives à peine feutrées et d'un réseau important de fibres élastiques, ce qui explique la rétraction de la poche après la ponction.

L'épithélium superficiel est tombé.

Cette paroi ne contient pas trace d'accumulation embryonnaire, elle englobe dans son épaisseur un certain nombre de culs-de-sac glandulaires, qui, plongés par petits groupes dans une gangue de tissu fibreux, ont conservé l'aspect régulier

qu'ils présentent sur les coupes de la mamelle normale, en dehors de la lactation.

Il n'y a donc aucune trace d'évolution adénomateuse.

Les pièces ont d'ailleurs été montrées à la Société anatomique où M. le professeur Cornil a été d'avis qu'il s'agissait d'un kyste simple d'origine glandulaire et ne s'accompagnant pas d'évolution adénomateuse.

En résumé, l'examen histologique montre que l'on a affaire à une poche très probablement formée par un canal galactophore dilaté à parois assez épaisses et n'ayant pas de retentissement sur les acinis glandulaires du voisinage. Le nom de *kyste essentiel* convient donc à cette tumeur du sein que l'on peut opposer aux kystes adénomateux de la mamelle, au point de vue clinique comme au point de vue histologique.

M. le Dr Gaube, auquel le liquide du kyste avait été remis, y a retrouvé les éléments constitutifs du lait au point de vue chimique. Les proportions de ces différents éléments étaient normales.

Observation 8. — Résumé.

Gros kyste isolé de la mamelle.

Wollf. — *Inaug. Diss.*, Rostock, 1899, p. 35.

Femme de 40 ans, souffre depuis 9 mois du sein gauche et y a remarqué depuis 10 semaines, un noyau qui va grossissant lentement.

On trouve, dans le quadrant supéro-externe de la glande, une tumeur grosse comme un œuf de poule, bien limitée, lisse, dure et même rénitente.

On trouve un kyste uniloculaire à parois épaisses de 3-4 mm. Le contenu est de la sérosité légèrement filante et jaunâtre.

Au microscope, on trouve à la périphérie du kyste des lobules ayant l'air un peu comprimés avec une infiltration de cellules rondes dans le tissu conjonctif intralobulaire seulement.

D'autres lobules ont des acinis dilatés avec un épithélium

cylindrique élevé et par places pluristratifié, leur tissu conjonctif paraît jeune et infiltré.

Ailleurs, on voit du tissu conjonctif adulte et des acinis très dilatés, se réunissant les uns aux autres pour former des microkystes.

Le gros kyste a une paroi conjonctive très épaisse, on ne voit plus son épithélium.

Observation 9. — Résumé.

Petit kyste isolé de la mamelle.

Wollf. — *Inaug. Diss.*, Rostock, 1899, p. 36.

Cette femme de 73 ans, a subi l'amputation du sein pour un cancer. Elle se présente pour une petite tumeur rénitente mobile, au niveau de la 3e côte.

Il s'agit d'un kyste gros comme une noisette, à paroi épaisse et lisse, à contenu jaunâtre et épais.

La pièce comprend le kyste, du tissu mammaire et de la graisse.

Dans ce tissu mammaire, on trouve des alvéoles dilatés, tapissés d'un épithélium très bas, quelques-uns possèdent un contenu légèrement homogène.

Le tissu conjonctif interstitiel est lâche, mais pauvre en noyaux et sans cellules rondes.

Le gros kyste est formé de fibres conjonctives adultes sans revêtement épithélial.

Observation 10. — Résumé.

Gros kyste isolé de la mamelle.

Wollf. — *Inaug. Diss.*, Rostock, 1899, p. 37.

Femme de 52 ans, a eu trois enfants qu'elle a nourris, le dernier il y a 24 ans. Depuis 14 ans, elle avait dans le sein gauche un noyau gros comme une noisette, lisse, indolore, qui disparut spontanément. Il y a six semaines, elle reçut un coup et le noyau réapparut.

On constate un noyau gros comme un œuf de poule, rénitent et mobile. La pièce enlevée montre un kyste unique à parois lisses et dans la coque périphérique de tout petits kystes.

On trouve les mêmes caractères microscopiques que précédemment.

Observation 11. — Résumé.

Kyste du sein.

SCHÖNSTEDT. — *Inaug. Diss.*, Rostock, 1894, p. 39.

Mlle X..., entre pour une petite tumeur indolente du sein gauche, 46 ans, bien portante. Dans le quadrant supéro-interne du sein gauche, on trouve une tumeur grosse comme un œuf de pigeon, dure, non fluctuante, mobile sur la peau et sur les plans profonds, et parfaitement limitée. Sa surface est lisse et on trouve à côté d'elle deux petits noyaux gros comme des haricots. Ganglions légèrement tuméfiés.

Il s'agissait d'un kyste à contenu clair jaunâtre. La paroi en est épaisse et lisse ; elle est extirpée. Elle est formée d'une membrane hyaline, sans épithélium.

Le contenu est de la sérosité claire et jaunâtre. On y retrouve quelques détritus et cellules cylindriques desquamées. La paroi se compose de plusieurs couches de tissu conjonctif adulte qui, vers la lumière du kyste se soulève en végétations polypeuses. Tout à fait à la partie interne, le tissu conjonctif devient hyalin avec très peu de noyaux et se colore mal. Nulle part on ne trouve d'épithélium. A certains endroits, on arrive à reconnaître un liseré hyalin sans noyaux. En s'éloignant de la paroi kystique, le tissu conjonctif reprend ses caractères normaux tout en semblant un peu œdématié.

Il n'y a pas trace d'inflammation, seulement au voisinage de la lumière du kyste, on trouve quelques amas de leucocytes. Les lobules glandulaires voisins semblent plutôt aplatis, leur épithélium est à peine cylindrique, alors qu'il est élevé dans les petits conduits excréteurs. Peu de vaisseaux.

Observation 12. — Résumé.

Kyste unique par mammite interstitielle.

SASSE. — *Archiv für Kliniche chir.*, 1897, V. 54, p. 11.

F. Schram..., 39 ans.

Antécédents.— Il y a deux ans, la malade a remarqué dans la mamelle droite un noyau du volume d'un pois qui aurait disparu par application d'un onguent et serait revenu au bout de 8 mois.

Etat actuel. — Dans le sein droit, un peu en dedans du mamelon, une tumeur grosse comme une noix très dure, à surface lisse légèrement mobile sur la peau et les plans profonds, mais pas sur le tissu glandulaire. Pas de rétraction du mamelon, pas de sécrétion. Extirpation de la tumeur avec la plus grande partie de la mamelle.

Le tissu glandulaire est bien développé et ferme, avec un peu de graisse et sans rien de particulier. En coupe, la tumeur se présente comme un kyste uniloculaire à contenu un peu hémorrhagique, les parois en sont lisses et brillantes, sauf en un point où il y a une excroissance papillaire grosse comme un noyau de cerise, à large base ; celle-ci est de consistance très molle, à surface irrégulière, fortement traversée par des hémorrhagies. A l'examen microscopique, le kyste se montre tapissé par une couche d'un épithélium plat. L'excroissance se présente comme un thrombus qui est en train de s'organiser à partir de la paroi. Les portions de la glande voisines du kyste montrent une augmentation considérable des noyaux conjonctifs, en partie réunis en amas inflammatoires. En outre, on trouve des canaux excréteurs un peu élargis, sans qu'il y ait aucun processus néoplasique au niveau de leur épithélium ou en d'autres points du tissu glandulaire.

Epicrise. — Le kyste s'est développé sur le terrain d'une inflammation interstitielle chronique. Le caillot est vraisemblablement dû à un examen antérieur qui a amené la rupture d'un vaisseau.

DEUXIÈME GROUPE.

Observations ayant trait à des cas de kystes avec lésions de mammite chronique.

Observation 13.

Kystes multiples par mammite interstiticlle.

Sasse. — *Loco citato.* Obs. 2.

F. Ger..., 57 ans.

Antécédents. — Début au printemps par une tuméfaction de 2 centim. au-dessus du mamelon du sein droit. Accroissement lent. Pas de maladies antérieures. 6 enfants dont 3 vivants.

Etat actuel.— Dans le sein droit, on constate au-dessous du mamelon, une tumeur grosse comme un œuf de poule, pas complètement dure, mobile sur les plans profonds, fluctuante par place et recouverte de peau normale. La tumeur siège dans le tissu conjonctif périphérique, n'est pas encapsulée et présente des irrégularités et des saillies. Au mamelon, quelques gouttes de sang désséché. Dans l'aisselle, de gros ganglions.

Le 6 mars 1894, extirpation de la mamelle. La tumeur est par places kystique, il s'en écoule de la sérosité trouble et brunâtre.

Au microscope, on voit les canaux galactophores plus ou moins dilatés, tapissés d'un épithélium cylindrique qui s'aplatit dans les grosses cavités. Dans celles-ci, on trouve des cellules nucléées, des détritus de cellules épithéliales et de graisse, des pigments. Les acinis sont rares.

Dans ceux qu'on trouve, il y a *prolifération épithéliale.* L'épithélium forme deux couches dont l'interne est cubique avec de gros noyaux irréguliers rappelant l'épithélium glandulaire, l'externe est formée de petites cellules cubiques, et immédiatement au-dessus on trouve une membrane propre dont les cellules de revêtement ont disparu. Dans le tissu conjonctif, on trouve en maints endroits, des tas compacts et inflammatoires de petites cellules infiltrées et dans leur voisinage, de nombreux vaisseaux de nouvelle formation avec du sang frais. Ailleurs, le tissu conjonctif est très pauvre en noyaux, se compose de filaments larges, scléreux, par places hyalins, et souvent de traînées de pigment sanguin.

A un endroit, on trouve des noyaux solides irrégulièrement ordonnés, et des nids de cellules épithéliales avec, autour, une infiltration cellulaire : figure type d'un cancer.

Epicrise. — Dans une mamelle sénile, atrophique, il y a un processus d'inflammation chronique du tissu conjonctif qui entraîne la dilatation et la transformation en kystes des petits et des gros canaux galactophores. Il y a peu d'acinis. Sur ce terrain s'est développé un carcinome et à son voisinage les boyaux glandulaires montrent une multiplication de l'épithélium, une desquamation plus abondante. Voilà aussi pourquoi il y a des masses nucléées dans les canaux élargis.

Observation 14.

Kystes multiples par mammite interstitielle.

Sasse. — *Loco citato.* — Observation 3.

F. Bieb., 46 ans.

Antécédents. — A remarqué, il y a quatre ans, après la cessation de l'allaitement de son avant-dernier enfant (le 15e), une petite tache rouge, puis un petit nodule augmentant progressivement. Brûlure et piqûre dans la tumeur.

Etat actuel. — Dans le sein droit, tumeur grosse comme un œuf de poule ; pas de modifications ni d'adhérence de la peau,

ni aux plans profonds. Tumeur circonscrite, bosselée, élastique, faisant corps avec la glande.

Extirpation du sein sans ablation de peau. A côté du gros kyste, on en trouve beaucoup de petits et partout des canaux excréteurs dilatés. Le tissu mammaire est ferme et brillant.

Au microscope, on voit presque tous les canaux excréteurs dilatés ; il y a tous les passages, depuis le moindre degré jusqu'au kyste complet. L'épithélium est cylindrique, bas et encore plus aplati dans les grandes cavités. Dans les plus gros kystes, il a complètement disparu, et leurs parois montrent en dedans une zone homogène sans noyaux ni fibres. Dans les canaux dilatés et les petits kystes, on ne voit aucune espèce de contenu figuré. Comme détritus, gouttelettes de graisse et cellules épithéliales. Les acinis glandulaires existent encore en assez grand nombre, mais toujours à l'état de repos complet comme des cordons cellulaires étroits sans lumières. En un point, on trouve un lobule glandulaire identique à celui d'une mamelle en lactation. Le tissu conjonctif de la glande est en général adulte, sans modification régressive, mais on trouve beaucoup, surtout au voisinage des conduits excréteurs, des amas épais de petites cellules d'infiltration, un plus grand développement des vaisseaux et de la pigmentation.

Epicrise. — Ici aussi il s'agit d'un processus inflammatoire interstitiel ; par suite de la transformation kystique des canaux excréteurs, les acinis sont restés à l'état de repos complet et atrophiés.

Observation 15.

Kystes multiples par mammite interstitielle.

Sasse. — *Loco citato.* — Observation 5.

F. Kicling..., 53 ans.

Antécédents. — La malade a toujours été bien portante ; depuis huit mois, elle a remarqué dans le sein droit un noyau gros comme un pois, qui paraît dur et a augmenté progressi-

vement; elle a allaité plusieurs enfants; jamais d'inflammation. Ménopause depuis plusieurs années.

Dans le sein droit, tumeur du volume d'un œuf de poule un peu bosselée ; pas d'adhérence à la peau ni aux plans profonds. Fluctuation. Pas de ganglions. Comme la tumeur est dure en un point, on fait le diagnostic de kyste avec des réserves sur la présence d'un cancer.

Amputation de la mamelle avec curage de l'aiselle par procédé type. La pièce montre sur la coupe un grand kyste à parois lisses, à contenu légèrement sanguinolent. Le reste du tissu mammaire est blanc, scléreux et n'a aucun des caractères du cancer. Ici et là quelques kystes petits et des canaux élargis. Les ganglions sont sains.

Le microscope montre, outre la présence d'un carcinome, les caractères d'une glande sénile atrophiée, dans laquelle les acinis ont presque complètement disparu. Les canaux excréteurs sont tous dilatés et kystiques ; leur épithélium est en prolification accentuée ; quelques-uns sont remplis de cellules cancéreuses. Dans le reste de la glande, la richesse en noyaux du tissu conjonctif présente une ordination spéciale en ce sens qu'autour des canaux élargis se trouve une zone presque complètement dépourvue de noyaux, et, à une certaine distance, les noyaux deviennent plus abondants. Le tissu conjonctif lui-même est formé de fibres larges, un peu gonflées, sclérosées. Dans les grands kystes, l'épithélium a déjà presque complètement disparu.

Epicrise. — Dans une glande en involution, par suite de la rétraction du tissu conjonctif interstitiel, il y a une dilatation des canaux excréteurs, et, par conséquent, formation de kystes ; et un cancer s'est développé sur ce terrain.

Observation 16.

Kystes multiples du sein.

Schönstedt. — *Inaug. Diss.*, Rostock, 1894.

Dlle Z... a remarqué, il y a dix semaines, une tumeur grosse comme un œuf de poule et indolore dans le sein droit.

42 ans, bonne santé. Dans la moitié supérieure du sein droit, on trouve une tumeur grosse comme un œuf de canard, absolument lisse et bien limitée. La consistance en est résistante, presque fluctuante. Pas d'adhérences ; ganglions un peu gros.

Extirpation : il s'agit de kystes multiples.

Le contenu du gros kyste est une sérosité claire jaunâtre, où on trouve quelques cellules desquamées. Le contenu des petits kystes n'a pu être recueilli. Pas d'épithélium dans la paroi du gros kyste. La paroi est plissée, formée de tissu conjonctif adulte, en lamelles concentriques ; et à la partie tout interne, il devient hyalin et sans noyau. Par places, on trouve quelques leucocytes. Les petits canaux excréteurs voisins ne présentent pas de dilatation.

Un autre kyste, gros comme une lentille montre, au contraire, un épithélium cylindrique qui, par places, est pluristratifié. Il est à remarquer que les cellules périphériques se colorent bien, tandis que les centrales montrent des signes de dégénérescence. Tous les acinis sont un peu dilatés et forment de tout petits kystes ; l'épithélium y présente les mêmes caractères que précédemment.

Observation 17.

Maladie kystique des mamelles.

Anderodias. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1897, p. 70.

La malade de qui proviennent ces pièces est une femme d'une trentaine d'années, sans antécédents pathologiques ; depuis plusieurs mois, elle avait observé deux petites tumeurs au niveau des seins ; à la palpation, on trouvait une masse peu volumineuse, un peu diffuse, paraissant un peu fluctuante. Pas d'adhérences cutanées ou aponévrotiques ; pas de retentissement ganglionnaire.

Amputation des deux seins le 23 novembre.

On trouve, au lieu d'une tumeur unique, des kystes nombreux disséminés dans toute l'étendue des deux glandes. Ces kystes contiennent, les uns, un liquide séreux, les autres, une bouillie

hématique verdâtre ; leur volume varie de celui d'un petit pois à celui d'une noix.

Le liquide des kystes, examiné au microscope, paraît contenir des granulations graisseuses et des grains de cholestérine. L'examen histologique des parois kystiques fait savoir qu'elles sont développées aux dépens des canalicules et des acinis ; ces parois sont tapissées de cellules cubiques qui subissent une dégénérescence graisseuse et tombent dans la cavité du kyste.

Observation 18. — Résumé.

Kystes multiples de la mamelle.

Besançon et Broca. — *Bull. de la Soc. Anat.*, 1886, p. 38.

Il s'agit d'un sein amputé chez une femme de 44 ans pour une tumeur se présentant comme ayant augmenté la mamelle de volume et formant des grains durs. Un ganglion dans l'aisselle inflammatoire. Diagnostic : Epithélioma au début.

L'autre sein n'avait absolument rien cliniquement.

L'ablation est faite le 22 novembre ; c'était une femme grasse. On ne sentait rien dans l'aisselle. Pendant l'opération, on y a trouvé un petit ganglion inflammatoire, gros comme un haricot.

Coupe de la pièce. — On voit, au premier abord, qu'il n'y a pas de tumeur à proprement parler. Quatre gros kystes occupent la place de la glande, sous le mamelon et refoulent le tissu propre de la mamelle à la périphérie, en le condensant. L'un de ces kystes atteint le volume d'un petit œuf, les trois autres, le volume d'une noix. Ils sont remplis d'un liquide variable suivant les points, brunâtre et semblable à du bouillon gras ou citron, et mélangé seulement de quelques gouttelettes huileuses. Leur paroi est absolnment lisse ; elle présente des dépressions digitales qui sembleraient faire croire que chaque kyste résulte de la réunion de plusieurs kystes voisins, ou plutôt qu'il provient de la distention d'un petit système acineux (canalicule lobulaire et acinis).

Autour de ces gros kystes, en arrière, et sur les côtés, on observe une grande quantité de cavités kystiques plus petites,

les unes, du volume d'un pois, la plupart d'une tête d'épingle, ou moins encore. Ils sont remplis d'un liquide jaunâtre un peu trouble. En aucun point, on ne voit de dépôts crétacés dans les kystes. Si l'on comprime le tissu de la glande entre les doigts, on ne voit pas sortir par les orifices de la surface de section ces productions analogues à la matière athéromateuse ou au vermicelle cuit que l'on signale si souvent dans les kystes du sein. Le tissu propre de la mamelle a conservé son aspect nacré normal. Entre les lobules s'observent des taches jaunes de tissu adipeux. Nulle part on ne remarque l'aspect granuleux et rosé que présente la mamelle à l'état de lactation. Le tissu est ferme, brillant, comme celui d'un sein de femme adulte, en dehors de la lactation ; un peu tassé, cependant, refoulé par les productions kystiques. La glande tout entière, nettement encapsulée dans sa loge fibreuse, est entourée d'une masse considérable de tissu adipeux.

Examen histologique. — Durcissement dans l'alcool absolu. Coloration par l'éosine et l'hématoxyline. Les coupes ont porté sur le tissu de la glande, parsemé de petits kystes, à la périphérie des grosses cavités. Le stroma cellulo-fibreux de la glande est absolument normal. C'est un tissu conjonctif adulte, serré, sans trace d'inflammation, sans infiltration d'éléments embryonnaires. Les îlots graisseux interlobulaires sont conservés et très abondants.

Tous les lobules de la glande sont altérés, mais à des degrés divers. Si on examine les acinis d'un même lobule, on voit qu'ils diffèrent très sensiblement de volume les uns des autres. Sur un seul lobule, on peut voir tous les intermédiaires, depuis le petit acinus rempli d'éléments épithéliaux et ressemblant à un acinus fœtal, jusqu'aux acinis qui ont subi une dilatation kystique énorme. Quand, avec un fort grossissement, on examine un acinus ainsi dilaté, on voit sa paroi formée d'une couche unique et régulière de cellules cubiques, fortement colorées et très bien individualisées par l'hématoxyline. La cavité de l'acinus est remplie de cellules pâles, incolores, polymorphes. La plupart sont polyédriques, quelques-unes sensiblement arrondies. Leur noyau est peu visible. Dans les acinis

très dilatés et déjà kystiques, cette masse cellulaire ne forme plus qu'un revêtement irrégulier au-dessus de la couche d'éléments cubiques. Le centre de l'acinus représente alors un espace clair avec quelques détritus granuleux. Le contenu des kystes montrait, au microscope, de grosses cellules granuleuses et tuméfiées et une grande abondance de globules huileux.

Observation 19.

Maladie kystique de la mamelle.

Toupet. — *Semaine Médicale*, 1890, p. 370.

La glande mammaire enlevée complètement par M. Verchère, présentait un certain nombre de gros kystes de la grosseur d'une petite noix, à contenu grisâtre filant ; d'autres kystes plus petits et différentes nodosités variant de la grosseur d'un pois à la grosseur d'une tête d'épingle.

Nous avons examiné successivement les kystes, les nodosités et les parties voisines de la glande.

Les grands kystes sont formés par une paroi fibreuse épaisse à surface interne lisse, sans trace d'épithélium ; leur contenu se compose d'un liquide albumineux tenant en suspension des détritus granuleux et quelques cellules graisseuses.

Au niveau des kystes plus petits, on retrouve la paroi limitante fibreuse moins épaisse, et, sur la face interne de cette paroi, on aperçoit les cellules épithéliales disposées sur plusieurs couches, les plus internes sont cubiques. granuleuses, leur noyau se colore à peine ; elles sont en désintégration, les couches périphériques sont plus allongées, les cellules qui sont implantées directement sur la paroi, sont presque cylindriques.

Certaines nodosités ne sont au toucher que des productions analogues aux kystes précédents, seulement la cavité centrale manque, le kyste est plein de cellules dégénérées.

On retrouve ici ce que l'on voit au niveau des ovaires scléreux atteints de dégénérescence polykystique.

D'autres nodosités n'ont pas la même constitution ; elles sont formées par la dégénérescence graisseuse de foyers inflammatoires développés primitivement autour des acinis glandulaires, dont on peut encore apercevoir quelques traces.

L'épithélium des acini ne semble pas prendre part à la formation de ces nodosités ; elles n'ont, d'ailleurs, pas de limite externe nettement tranchée, elles se confondent insensiblement avec le tissu conjonctif voisin épaissi et scléreux.

Le tissu glandulaire en dehors des kystes et des nodosités est altéré ; tous les acinis sont touchés.

Parfois, on voit leur paroi limitante légèrement dilatée et tapissée par une seule couche de cellules cylindriques; d'autres fois, on trouve dans l'intérieur de ces cavités, des sortes de prolongements papillaires, plus ou moins allongés à trame conjonctive peu épaisse et revêtus également de cellules cylindriques.

Dans d'autres endroits, la région péri-acineuse est enflammée. On aperçoit autour de la paroi des culs de sac, des traînées de cellules embryonnaires qui détruisent cette paroi et amènent la disparition de l'épithélium de revêtement. Ce sont ces foyers inflammatoires, envahis plus tard par la graisse, qui donnent naissance à notre second groupe de nodosités.

Deux processus semblent ici avoir évolué simultanément, un processus d'inflammation péri-acineuse plus ou moins aigu, aboutissant, soit à la destruction des acinis, soit à l'hypertrophie de leur paroi. L'épithélium, de son côté, a proliféré ; il est devenu tantôt simplement cylindrique, modification commune à tous les états inflammatoires de la glande mammaire ; tantôt il a poussé des prolongements intra-canaliculaires sous forme de papilles ; tantôt, enfin, les cellules se sont accumulées dans les cavités, remplissant ici complètement ces cavités, se désintégrant dans d'autres endroits et donnant naissance à des lacunes plus ou moins vastes ; les grands kystes dont la paroi n'est plus tapissée par l'épithélium étant l'aboutissant final de ce double processus.

Observation 20.

Maladie kystique de la mamelle.

Toupet. — *Semaine Médicale*, 1890, p. 370.

Dans notre seconde observation, les deux mamelles avaient été enlevées et elles présentaient des lésions différentes. Le sein gauche différait peu de celui qui fait l'objet de l'observation précédente ; seulement, au lieu d'avoir autour des lobules glandulaires dilatés et enflammés, des traînées de cellules embryonnaires, on observait une zône plus ou moins large de tissu myxomateux avec substance intercellulaire abondante. On trouvait d'ailleurs la même dilatation des acinis, les mêmes modifications épithéliales avec les végétations papillaires dans l'intérieur des cavités.

Le sein droit était notablement distinct. La zône myxomateuse périlobulaire était remplacée par une zône fibreuse, en général assez épaisse, ressemblant au fibrome péricanaliculaire. Les acinis étaient plus dilatés, et l'épithélium de revêtement, au lieu d'être cylindrique, était aplati. Au lieu de végétations papillaires minces, on trouvait, dans l'intérieur de certaines cavités, de grosses végétations fibreuses, presque sessiles, revêtues d'un épithélium cubique comme dans le fibrome végétant intra-canaliculaire.

Ajoutons que, dans certaines portions du sein droit, on retrouvait les mêmes lésions que dans le sein gauche.

Observation 21.

Maladie kystique de la mamelle.

E. Rochard. — *Arch. de Méd.*, 1891-2, p. 83.

Mme G..., 43 ans, concierge, entrée le 4 avril 1890, salle Lenoir, lit N° 2, mariée, sans enfant.

Bien réglée depuis l'âge de 14 ans. Amaigrissement depuis trois à quatre mois. Sensation de tiraillement dans les seins peu développés.

Il y a 20 jours, à la suite d'un léger traumatisme, elle a ressenti des douleurs à gauche et s'est aperçue de la présence d'une tuméfaction de ce côté. Les douleurs ont augmenté ainsi que le volume de la tumeur.

Examen. — Teint pâle et anémié.

Sein gauche. — Tumeur située au côté interne du mamelon absolument normal, n'ayant jamais donné lieu au moindre écoulement. Tumeur grosse comme un petit œuf, lobulée, résistante, plus dure par places.

Mobilité considérable, pas la moindre adhérence. Elle est reliée à la glande par des nodosités qu'on rencontre du reste dans toute l'étendue de la mamelle et qui donnent l'impression de kystes.

Dans le fond du creux axillaire, trois ganglions parfaitement sensibles, de la grosseur d'un haricot.

Sein droit. — Pas de tumeur ; rien au mamelon ; mais le sein est rempli d'un granulé semblable à celui que nous avons décrit du côté opposé.

Petits ganglions dans l'aisselle au nombre de deux ou trois ; mais beaucoup plus petits que ceux du côté opposé.

Rien à l'utérus, rien sur le squelette, rien dans les viscères.

Sur la demande de la malade, l'extirpation totale de la mamelle gauche et des ganglions est pratiquée le 13 avril 1890.

Il n'a pas été fait de ponction préalable quoique le diagnostic de maladie kystique ait été posé. Les douleurs, l'accroissement rapide de la tumeur principale, l'hypertrophie des ganglions axillaires, les instances de la malade avaient décidé l'intervention du côté gauche.

Le sein droit sera surveillé.

La malade sort guérie le 22 avril. Nous l'avons revue à la fin d'août. Elle est en parfaite santé, la cicatrice est souple et il n'y a pas la moindre trace de récidive.

L'examen de la pièce fait constater la présence d'une infinité de kystes répandus dans toute la mamelle. Ils présentent les volumes les plus différents. Le plus gros répondait à la tuméfaction qui avait attiré l'attention de la malade. Ces kystes

sont inclus dans un tissu conjonctif scléreux, qui nous avait frappé par sa dureté pendant le cours de l'opération.

L'examen histologique vient confirmer la présence des kystes en en décelant des quantités innombrables. Ils se composaient d'une cavité remplie de liquide et tapissée d'un revêtement épithélial présentant dans quelques endroits la superposition de deux couches. Pas de traînées épithéliales ayant franchi la limite des acinis, mais une modification du tissu conjonctif qui semblait, dans notre pièce, plus développé et d'une plus grande épaisseur que dans celles dessinées dans le travail de M. Brissaud.

Les ganglions ne présentaient pas la moindre généralisation épithéliale, mais des traces d'inflammation chronique se manifestant dans certains endroits par l'envahissement du tissu conjonctif, notamment sur les limites de la glande et autour des vaisseaux.

Observation 22.

Kystes multiples du sein.

Tailhefer. — *Gazette de Gynécologie*, 1897, p. 264 résumée.

F..., 40 ans ; début, il y a trois ans, par des douleurs lancinantes du mamelon gauche, s'accompagnant de l'écoulement d'un liquide crémeux ; on constate à cette époque une petite tumeur.

Pas d'enfant ; pas de fausse couche ; bien réglée.

Mamelon légèrement rétracté, mais réductible ; écoulement séreux.

A la palpation, glande bosselée formée de nodosités indolores. Pas de ganglions. Bon état général. Diagnostic : maladie kystique.

Amputation du sein. Guérison.

A la coupe, on voit que la mamelle est épaissie et farcie de kystes de volume très différents, d'où jaillit le liquide.

Les coupes ne révèlent rien de particulier du côté du tissu conjonctif ; aux alentours des acinis, quelques lymphocytes.

Des groupes d'acinis normaux et de kystes avec une seule couche d'épithélium cylindrique avec cellules allongées, claires, dans la partie centrale et leurs noyaux également allongés et rapprochés de la base.

Observation 23.

Mastite kystique.

Bulletins et M. de la Soc. de Chir. de Bucarest, 1899, Balacesco, Nos 3, 4, p. 135.

F. de 40 ans, ménagère ; antécédents héréditaires sans importance. Elle a été menstruée à l'âge de 13 ans ; elle s'est mariée à trente ans, et cinq ans après, était en état de grossesse, mais elle a avorté au bout de trois mois ; les suites de l'avortement n'ont présenté rien de grave. Trois ans après, cependant, la menstruation devient irrégulière, elle se produit tous les 15 jours et dure de 6 à 8 jours, cela pendant six mois ; puis tout rentre dans l'ordre.

Il y a 5 mois, elle s'aperçut qu'elle avait à la mamelle droite une induration de la grosseur d'une noix et qui ne lui causait de douleurs ni spontanées, ni même à la pression.

A son entrée dans le service, une simple inspection ne fait rien constater d'anormal, les deux mamelles avaient un développement pareil. Mais en palpant, on sentait, dans la mamelle droite, trois indurations, trois tumeurs dont deux étaient situées au-dessus du mamelon, et de la grosseur d'un œuf ; la troisième, située hors du mamelon est de la grosseur d'une noix. En palpant plus attentivement, on constate encore d'autres tumeurs plus petites que des pois. Toutes ces tumeurs ne causent aucune douleur ni spontanément, ni à la pression, ne présentent aucune adhérence ni avec la peau qui se meut facilement ni avec les tissus profonds.

Le mamelon, aussi bien que ses alentours, sont normaux ; il n'est pas rétracté ; si on le presse, il en sort une goutte de liquide blanchâtre.

Les ganglions ne sont nullement pris, ni les axillaires, ni ceux qui sont au-dessus et au-dessous de la clavicule.

La mamelle gauche est absolument normale ; en la palpant, on ne constate rien.

Le 23 janvier 1900, la glande de la mamelle droite a été entièrement extirpée par une incision curviligne faite en dehors du mamelon.

Il résulte de l'examen microscopique fait par M. Babesch que c'est une inflammation chronique avec dégénérescence kystique.

Observation 24.

Quénu. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie*, 1888, p. 172.

La malade, Mme R... Héloïse, âgée de 30 ans, était entrée à l'hôpital Beaujon, pour une tumeur du sein droit dont l'existence remontait à près de neuf ans.

Après un premier accouchement normal et une courte tentative d'allaitement (quinze jours), la malade eut un abcès aux deux seins ; la suppuration dura près de trois mois ; c'est alors qu'elle remarqua, à la partie supérieure et externe de la mamelle droite, une petite grosseur non douloureuse de la grosseur d'une bille.

Vingt mois après, Mme R... accoucha de nouveau et allaita pendant huit mois sans accident ; la tumeur se mit à augmenter.

Moins d'un an après, nouvelle grossesse, nouvelle augmentation de la tumeur mammaire. Enfin, au mois de Juin dernier, la malade accoucha pour la cinquième fois ; elle ne nourrit pas. Dès la fin du premier mois, le sein a repris son volume ordinaire ; le sein droit, au contraire, est resté plus gros qu'il n'a jamais été.

Actuellement, on peut encore, des deux côtés, faire sourdre du lait par le mamelon. Le sein gauche a la consistance grumeleuse que possèdent les mamelles quelque temps après un accouchement, on n'y découvre pas de tumeur arrondie, faisant saillie surtout en dehors du mamelon ; cette tumeur se compose de bosselures rénitentes, élastiques, dont quelques-unes, assez

volumineuses, sont très superficielles sous la peau ; d'autres, plus petites et plus dures, sont rejetées à la périphérie ; l'ensemble est mobile sur le grand pectoral ; la peau, très mobile à la périphérie, se laisse moins facilement plisser à la partie antérieure.

Le mamelon est un peu rejeté en dedans et légèrement étalé. Aucune adénopathie axillaire. Les symptômes subjectifs sont peu accentués, la pression seule paraît réveiller un peu de sensibilité. En raison de l'accroissement notable de la tumeur, je décide la malade à subir une intervention.

Il est impossible de songer à isoler la tumeur de la mamelle ; celle-ci est enlevée en totalité. La malade sortit guérie vingt jours après.

Immédiatement après l'opération, nous examinons la pièce ; une coupe, faite au bistouri, vide les trois ou quatre grands kystes (ils avaient le volume d'un œuf de pigeon environ) de leur contenu, il s'écoule un lait ayant manifestement l'odeur de lait aigre ; nous constatons alors que toute la mamelle a subi la dégénérescence kystique, qu'il n'y a pas véritablement tumeur, mais infiltration par des petits kystes ; la mamelle est comme affaissée et n'étaient les cavités des gros kystes, se rapprocherait d'une mamelle en lactation normale. La plupart des gros kystes communiquent les uns avec les autres, les cloisons incomplètes les séparent. Çà et là, on voit à la face interne de leurs parois de petits bourgeons hémisphériques, sessiles, de consistance ferme, de couleur blanc grisâtre, de volume variable, depuis celui d'un grain de chenevis jusqu'à celui d'une noisette.

Nous avons pratiqué l'examen microscopique sur les préparations qui nous ont été remises par M. Hyal. Nous avons constaté qu'il existait un stroma fibreux adulte, exempt en général de toute trace d'inflammation ; abondant en certains points, il se réduit dans d'autres à quelques tractus interaciniens ; çà et là, on observe quelques îlots de cellules rondes. Le stroma fibreux est traversé par des conduits glandulaires dilatés et tapissés d'épithélium cubique. A l'extrémité de ces conduits kystiques sont appendus des groupes d'acinis présentant une lumière centrale et tapissés d'épithélium cubique : ce sont

de véritables petits kystes en miniature. Ailleurs, les bourgeons cellulaires sont pleins et ne laissent au milieu du tube aucune lumière. On peut considérer comme intermédiaires les dispositions où on aperçoit un bourgeon plein partant d'une cavité kystique minime. En quelques endroits, les cellules sont superposées et paraissent subir une évolution graisseuse analogue à celle d'une mamelle normale en lactation. Notons encore que quelques acinis sont enveloppés d'une zone fibreuse circulaire assez épaisse.

Observation 25.

Kyste du sein par involution simulant un cancer. — Amputation, guérison.

Bryant. — *Guy's Hosp. Rep.*, V. 43, p. 448.

Mme T..., 52 ans, mère de plusieurs enfants qu'elle a tous nourris, me consulte en Mai 1885, pour une affection de la mamelle droite qui a grossi lentement depuis 6 mois. Ce fut d'abord la partie axillaire de la glande qui augmenta de volume, puis la glande entière. Par moments, elle observe un écoulement de liquide clair par le mamelon et quelques douleurs.

La glande est en totalité augmentée de volume et indurée, le lobe axillaire semble infiltré par un néoplasme, les autres lobes sont remplis de nodules qui semblent kystiques. Le mamelon est normal, mais l'expression en fait descendre du liquide séreux. La peau est saine ; pas de ganglions.

Je diagnostique un cancer avec dégénérescence kystique et je propose l'extirpation.

Le 13 Mai, j'opérai, guérison rapide.

Description de la pièce. — Juste au-dessous du mamelon, il y avait un kyste d'un pouce de diamètre, avec une paroi épaisse, embrassé dans du tissu glandulaire condensé contenant plusieurs petits kystes. Dans toute la mamelle, il y avait d'autres kystes remplis de matière crèmeuse, ainsi que les canaux galactophores d'où on le faisait soudre par pression.

Tout l'organe avait une couleur grise uniforme, mais sans néoplasme visible. Le pourtour de la glande semblait aussi normal, et il n'y avait ni infiltration ni altération du tissu graisseux.

Examen microscopique. — Le liquide ne fut pas examiné à l'état frais, mais il ressemblait à celui qu'on trouve toujours et était composé de cellules dégénérées et de granulations graisseuses.

Les coupes montraient les lésions habituelles des mamelles kystiques. Il y a des groupes de petits tubes coupés dans tous les sens qui montrent une lumière distincte avec une couche de cellules irrégulières. Ces groupes sont toujours entourés de graisse, qui par place est abondante. Beaucoup d'eux sont augmentés de volume ; leur lumière est large ; vide ou occupée par de la matière granuleuse, avec deux ou plusieurs rangs de cellules. Avec l'augmentation de volume, ils forment de petits kystes visibles à l'œil nu.

A côté de ces kystes à lumière arrondie, il y en a d'autres à contours séreux, avec des villosités ou des bourgeons. Ils sont tous bordés par plusieurs rangs de cellules, la rangée interne étant plus ou moins cylindrique et prenant très fortement la couleur. De plus, leur base est formée de tissu conjonctif avec des vaisseaux.

Les plus gros kystes ont une paroi formée de lamelles fibreuses, limitée par des cellules cylindriques, et contient de la matière granuleuse. Les cellules ont leur forme un peu altérée par la compression, mais on en trouve généralement deux rangées. On ne trouve rien de particulier dans le tissu fibreux.

D'après cette description, ces kystes semblent s'être formés aux dépens des acinis et des conduits galactophores. Les prolongements que nous avons signalés sur les parois ont reçu plusieurs interprétations. Ils ont été considérés comme des bourgeons développés secondairement sur la paroi du kyste. On les a aussi considérés comme des parties d'un fibrome solide faisant saillie dans la cavité.

TROISIÈME GROUPE.

Observations ayant trait à des cas de kystes avec lésions adénomateuses.

Observation 26.

Kystes multiples (Cysto-adénome).

Schimmelbusch. — *Arch. f. Klin. Ch.*, 1892, v. 44, p. 113.

Femme de 54 ans, a une scoliose depuis l'âge de 12 ans. Mariée à 26 ans, elle a eu 3 enfants, le dernier il y a 15 ans, qu'elle a nourris. Il y a 18 ans, après son second enfant, elle remarqua que ses deux seins grossissaient. Pas d'inflammation du sein ni de gerçure du mamelon. Il y a deux ans, elle commença à souffrir du sein droit et en même temps sa dureté augmenta.

V. Bergmann, consulté, trouve dans le sein droit, dans le quadrant supéro-externe, un noyau dur, gros comme un œuf de pigeon. Le reste de la glande et tout le sein gauche semblaient comme bourrés de petits noyaux durs dont les dimensions allaient de celles d'un pois à celles d'un haricot et même d'une noisette. Les mamelons étaient légèrement rétractés, surtout à droite ; la peau était saine et mobile. A gauche, rien dans l'aisselle, mais à droite on trouvait des ganglions durs et une tumeur grosse comme un œuf de poule encapsulée et molle.

Amputation des deux seins et curage de l'aisselle droite. Les deux mamelles étaient toutes deux à peu près du même volume. A la coupe, on distinguait encore les lobes et les lobules, mais

au centre, ils devenaient plus petits, tassés les uns contre les autres, sans intermédiaire de tissu conjonctif.

Dans toutes les parties de la glande et jusque dans cette portion centrale compacte, on trouvait des kystes multiples, petits ou gros dont certains avaient été intéressés par la coupe. Leur couleur en était variable et leur contenu aussi. Dans les uns on trouvait de la matière athéromateuse, dans d'autres de la sérosité jaunâtre et dans les gros une substance vert foncé assez épaisse. Le gros kyste avait une paroi très dure, criant sous le couteau, se distinguant nettement des tissus environnants, mais ne pouvant s'en isoler.

Les ganglions paraissaient sains et la tumeur axillaire était un lipome.

Pour l'examen microscopique, on fit durcir la pièce dans l'alcool, inclusion à la celloïdine. Coloration à l'hématoxyline éosine ou au picro-carmin.

Dans les parties non kystiques on voyait des lobules bourrés d'acinis, mais séparés les uns des autres par du tissu interstitiel, ce qui les différenciait de la glande en lactation dont ils se rapprochaient. Il y a multiplication du nombre des acinis plus qu'altération de ces acinis. Cependant, dans beaucoup d'autres, il y a des altérations épithéliales qui consistent dans une multiplication cellulaire, qui peut même aller jusqu'à l'oblitération complète de leur lumière. Les acinis sont augmentés de volume dans tous les sens.

Cet accroissement se fait aux dépens du tissu conjonctif intéracineux. L'épithélium central ne tarde pas à périr, par dégénérescence granuleuse. Les cellules dégénérées meurent, et, à leur place, il se forme un petit kyste; peu à peu, le tissu conjonctif interacinien se résorbe, et les acinis voisins communiquent et forment un seul kyste; puis tous les acinis d'un même lobule arrivent à se fusionner et on a ainsi des kystes de plus en plus gros dont on reconnait le mode d'accroissement aux éperons de tissu conjonctif, vestiges des cloisons primitives. Ces derniers finissent par disparaître et on a un kyste arrondi. Au début, la paroi du kyste est encore recouverte par des couches épaisses de cellules, mais à mesure qu'elles dégénèrent, elles se réduisent bientôt à une seule. Dans de nombreux kystes,

on ne trouve même plus qu'une paroi conjonctive dure, et une masse centrale formée de détritus cellulaires.

Toutes ces altérations sont d'ailleurs visibles sur une même coupe. Mais multiplication épithéliale, dégénérescence, formation des kystes, résorption des cloisons ne sont d'ailleurs pas les seuls phénomènes observés. Il y a des points où les modifications du tissu conjonctif occupent le premier plan. Elles consistent en prolifération avec sclérose qui va en augmentant et étouffe les lobules et les capillaires, de sorte que ces parties prennent un aspect homogène et hyalin.

Ces deux processus : sclérose conjonctive, formations kystiques, s'observent d'ailleurs côte à côte.

Toutes ces lésions se retrouvaient d'ailleurs dans les autres nodules des deux glandes.

De plus, dans la grosse tumeur, il y avait un point de cancer; et les ganglions axillaires étaient eux-mêmes cancéreux.

Observation 27.

Kystes multiples des deux mamelles.

Sasse. — *Loco citato.* — Observation 6.

Schw..., 50 ans.

A eu deux grossesses et n'a nourri le premier enfant que 4 mois. Jamais d'inflammation du sein. Il y a six semaines, elle remarqua un petit noyau dans le sein gauche, qui ne se manifestait que par une légère sensation de brûlure au moment des règles. Il s'accentue lentement. Jamais d'écoulement par le mamelon.

Etat actuel. — Dans le quart supéro-interne de la mamelle gauche dans la profondeur, on trouve une tumeur grosse comme une noisette à fluctuation peu nette : la ponction exploratrice ramène de la sérosité sanguinolente.

Dans le reste de la glande, de tout petits nodules. Peau normale, aucune adhérence de la glande aux plans profonds. La mamelle droite semble saine.

Opération. — Incision radiaire sur la tumeur ; on arrive sur le tissu glandulaire. A la coupe, il s'écoula une grande quantité de liquide épais et crémeux qui fut d'abord pris pour du pus ; mais qu'on reconnut ensuite provenir des canaux galactophores très dilatés. Toute la glande fut enlevée.

Examen. — La mamelle est entourée abondamment de graisse. A la coupe se montre le kyste diagnostiqué rempli de liquide trouble. Les parois en sont lisses, de couleur grisâtre, avec des crêtes saillantes. Le reste du tissu glandulaire a une teinte grisâtre parfois translucide et par places un aspect fibreux. Dans le voisinage du mamelon, les canaux galactophores sont dilatés jusqu'à 5 à 7 mm. et remplis d'un liquide épais ressemblant à du pus. Au microscope, on y trouva des détritus de cellules, des globules de graisse, des cellules épithéliales desquamées, mais peu de globules de pus. A côté de ce gros kyste, on en trouvait dont la taille très petite pouvait cependant atteindre la dimension d'un petit pois ou d'une noisette ; et ils occupaient de préférence le centre de la glande, ce qui lui donnait à la coupe l'aspect d'un fromage de gruyère.

Au microscope, le tissu conjonctif paraît normal, pas de multiples noyaux ou d'infiltration cellulaire. Tout autre est l'état du tissu glandulaire normal ; les acinis et les canaux excréteurs montrent des altérations très variables. Tout d'abord, on trouve des lobules ressemblant à ceux d'une glande en lactation.

Dans les deux cas, on trouve des acinis de la même taille tapissés d'une seule couche d'épithélium cylindrique et dont la petite lumière est remplie d'une masse homogène qui se teint en rose par l'éosine. Un mince septum de tissu conjonctif vasculaire sépare les acinis les uns des autres. Dans d'autres lobules, le processus n'est pas aussi régulier. Là aussi, les acinis ont proliféré, mais ils ne sont pas de la même taille. A côté d'acinis normaux, on en trouve de 20 fois et plus, plus considérables. Leur revêtement épithélial, surtout au début de la multiplication ou de la dilatation kystique, montre une double couche comme nous l'avons décrit déjà, mais plus nettement, et les acinis sont aussi en grand

nombre. Avec la marche du processus et de la dilatation kystique, cette double couche cellulaire disparaît, et, ainsi que le montrent des recherches précises, les cellules de revêtement de la membrane propre ne se multiplient pas autant que les cellules glandulaires et sont étouffées par celles-ci. Au début, les acinis, même les plus gros, sont remplis de cellules épithéliales, puis leur centre s'excave et il se forme ainsi une cavité. Dans quelques acinis, on voit encore les contours des cellules qui se désagrègent, dans d'autres, on ne voit rien que les cellules qui, dès le commencement, se groupent, ainsi que le tissu conjonctif les tassera, en îlots séparés, et au premier coup d'œil, on voit que la lumière formée représente un kyste.

On voit encore les contours normaux des acinis qui sont défigurés par leur multiplication et la confluence des voisins ; il y a partout de grosses cavités dont beaucoup de cryptes représentent des vestiges d'acinis. Dans ces cas, l'épithélium est irrégulier, souvent pluristratifié et formé de cellules cylindriques longues serrées les unes contre les autres, avec ce gros noyau souvent irrégulier, ainsi que le montre un fort grossissement. Souvent l'épithélium a tendance à pousser des papilles ou des bourgeons dans la lumière même des plus petits kystes. Ailleurs, on trouve la lumière des petits kystes remplie d'une matière grumeleuse qui provient de cellules épithéliales desquamées et mortes. L'épithélium prolifère, les cavités se confondent, et il se forme de plus gros kystes, il n'y a qu'une seule couche de cellules cylindriques basses.

Nous trouvons aussi, même dans les kystes gros comme des pois et des cerises, des bourgeons et des papilles. Quelques petits kystes offrent l'aspect très net d'un cystoadénome proliférant. Il y a des végétations ayant tantôt la forme de bourgeons épithéliaux, tantôt celles de papilles avec une charpente conjonctive vasculaire. Il s'en distingue par la moindre prolifération cellulaire et par ce fait que l'épithélium est moins stratifié et ne s'infiltre pas dans le tissu voisin.

Les canaux galactophores ne participent pas à la formation des kystes, bien qu'ils soient dilatés et que leur épithélium prolifère et desquame activement.

Maintenant environ trois mois après l'opération, la patiente

revient avec la mamelle droite atteinte comme la gauche ; on trouve deux ou trois gros noyaux disséminés dans la glande et une quantité d'autres petits et très durs. Peau intacte, pas d'adhérences aux plans profonds.

Epicrise. — Il s'agit d'une formation kystique de la mamelle développée aux dépens des acinis et des petits conduits excréteurs et due à une multiplication épithéliale sans participation du tissu conjonctif. Le processus s'est d'abord effectué dans une mamelle, mais, après un temps relativement court, il reparait dans l'autre.

Observation 28.

Kystes multiples.

SASSE. — *Loco citato*, Ob. 7.

N..., 46 ans.

Antécédents. — A eu plusieurs enfants. A sa première grossesse, fit un abcès du sein droit qui nécessita une petite incision. N'a jamais eu depuis aucune maladie du sein. Il y a six semaines, elle remarqua dans ce même sein un noyau dur, qu'elle attribue à une compression récente. D'après son médecin, ce noyau a sensiblement grossi. Le père de la malade est mort d'un cancer du rectum, sa mère d'un cancer du sein et 4 de ses proches parents sont aussi morts de cancer.

Etat actuel. — Dans la mamelle droite, à peu près dans le milieu, on trouve un noyau très dur, mobile sans adhérence à la peau ni aux plans profonds. Le mamelon n'est pas rétracté, la fluctuation non perceptible. Dans le voisinage de la tumeur et sur celle-ci on trouve de petits noyaux qui lui donnent un aspect bosselé. Le diagnostic fut cystoadénome de la mamelle, mais en raison de l'hérédité, l'amputation était indiquée et fut pratiquée.

Examen. — Le noyau glandulaire se présente comme un kyste de la taille d'un œuf de pigeon avec un peu de sérosité trouble.

Les parois en sont lisses et polies. Dans l'intérieur de la mamelle, on trouve jusqu'à 15 à 20 kystes dont les dimensions varient de la tête d'épingle à la cerise et dont les plus gros sont jaunes et transparents, les petits vert foncé. Si on les coupe, on trouve dans les plus gros une sérosité claire ou trouble et dans les petits une masse comme de la gelée ou de la marmelade, ou jaune et athéromateuse. Dans ceux-ci, on trouve des corpuscules graisseux, quelques cristaux et des cellules épithéliales chargées de graisse et desquamées. A mesure que les kystes grossissent, les éléments morphologiques diminuent, et avec l'accroissement de leur taille, leur contenu se liquéfie. Les grands canaux galactophores au voisinage du mamelon sont remplis d'une masse grise, comme de la bouillie. Le reste de la glande est normal et d'une épaisseur de 1 cm. 1/2 à 2 cm. de couleur brillante blanc sale. Dans l'intérieur, il y a encore beaucoup de petits kystes. A l'examen de la coupe, les lobules agrandis font saillie et si on passe le doigt dessus, ils forment des noyaux durs.

Au microscope, nous trouvons les mêmes lésions que dans le cas précédent. Néoformation des tubes et acinis glandulaires et leur dilatation kystique par prolifération épithéliale. Les cellules épithéliales sont plus grosses, forment plusieurs couches et montrent une grosse tendance à former des bourgeons et des papilles. Il y a aussi réunion de petits kystes en plus gros, ce qui faisait ressembler à un cystoadénome proliférant et parfois à un carcinome. Le tissu conjonctif n'était nullement enflammé, seulement celui qui entoure le lobule en prolifération est jeune embryonnaire et riche en noyaux, comme si la tendance à la prolifération de l'épithélium eut gagné le tissu conjonctif.

Epicrise. — Il s'agit ici comme dans le cas précédent d'un cystoadénome type.

Observation 29.

Kystes multiples.

Sasse. — *Loco citato.* — Observation 8.

Ehem..., 43 ans.

Antécédents. — La malade est d'une famille bien portante

et n'a jamais été souffrante. Il y a quelques mois, elle remarqua dans le sein droit un petit noyau qui s'est très développé. Depuis huit jours, la malade se plaint de piqûres dans la mamelle.

Etat actuel. — Il y a dans le sein droit une tumeur grosse comme le poing qui est dure et tendue. La surface est lisse. Dans le voisinage on trouve quelques petits noyaux durs. Le mamelon n'est pas rétracté, les lymphatiques non engorgés. La tumeur est mobile.

Extirpation du kyste avec un peu de la glande y attenante. Par l'opération, on fend beaucoup de petits kystes, et, dans le tissu glandulaire attenant, il y en a beaucoup d'autres. Le contenu du gros kyste était une sérosité trouble ; les parois en sont lisses et polies. L'examen microscopique donne les mêmes résultats que précédemment. Là aussi, le tissu conjonctif est normal, tandis qne la glande prolifère et devient kystique.

De même, on trouve les acinis multipliés et dilatés, leur épithélium augmenté et formant des bourgeons et des papilles, enfin la ressemblance avec du cystoadénome proliférant ou du cancer. Les canaux excréteurs sont dilatés et remplis de cellules épithéliales desquamées.

Epicrise. — Il s'agit aussi de formation kystique par multiplication épithéliale aux dépens des acinis, comme dans les cas précédents, alors que la clinique ne concorde pas.

Observation 30.

Kystes multiples.

Sasse. — *Loco citato.* — Observation 9.

Mag...., 37 ans.

Antécédents. — Pas d'enfants. Il y a huit jours, a remarqué une grosseur dans son sein. Jamais de maladies antérieures.

Etat actuel. — Dans la mamelle gauche on trouve un noyau dur, gros comme une noisette, allongé. Pas d'adhérences à la

peau ni aux plans profonds ; mais tient un peu à la glande. Pas de sécrétion par le mamelon, pas de ganglions.

Extirpation du noyau avec une partie de la glande attenante. La tumeur est un kyste de couleur vert sombre à la coupe. Les parois en sont lisses et brillantes, le contenu séreux. On y trouve quelques globules rouges et des cellules épithéliales desquamées. A côté de la grosse tumeur, il y a aussi quelques petits kystes.

Au microscope, le grand kyste est tapissé d'un épithélium régulier, desquamé par places. Le reste de la glande autour des petits kystes montre les mêmes lésions que précédemment. Dans le tissu conjonctif, pas d'accumulation de noyaux.

Epicrise. — Au point de vue anatomique, formation de kystes par prolifération épithéliale des acinis ; rien de caractéristique comme clinique.

Observation 31.

Kystes multiples avec cancer.

Sasse. — *Loco citato.* — Observation 10.

F. Rich... 38 ans.

Antécédents. — Il y a sept ou huit ans, la malade remarqua à la partie interne de son sein gauche un petit noyau qui a grossi lentement sans troubles. Pas mariée, pas d'enfants, jamais de maladies du sein.

Etat actuel. — Dans le sein gauche, on trouve un noyau carcinomateux typique, gros comme une noisette adhérent à la peau. Dans le reste de la mamelle, on trouve beaucoup de petits noyaux isolés, durs. — Rien dans la mamelle droite. Amputation du sein avec curage de l'aisselle.

Examen. — La glande bien formée a une épaisseur de 1 cm. 1/2 à 2 cm. Dans la partie externe près de la périphérie se trouve le carcinome. Dans le reste de la glande, on trouve de 20 à 30 kystes allant de la dimension d'une tête d'épingle à

celle d'un petit pois. Ils sont brillants et laissent couler à la coupe de la sérosité trouble brune et gélatineuse. On les trouve dans toute la glande et même au voisinage du cancer. Le tissu glandulaire est grisâtre, d'apparence fibreuse, sans rien de particulier. Pas de dilatation des canaux excréteurs.

L'examen microscopique confirme le diagnostic de cancer et montre que les kystes sont fournis par les acinis dilatés par prolifération épithéliale, et qui, en se réunissant, ont formé de grandes cavités.

On trouve les mêmes lésions que précédemment.

Le tissu conjonctif est, abstraction faite de la zone cancéreuse, normal et peu nucléé ; seulement autour des lobules en activité, il a les caractères du tissu embryonnaire.

Epicrise. — Carcinome type du sein et dans la glande de nombreux kystes produits par une multiplication épithéliale des acinis.

Observation 32.

Sasse. — *Loco citato.* — Observation 11.

F. Pet. ., 44 ans.

Antécédents. — A eu trois enfants et les a nourris, le dernier, il y a six ans. Jamais de maladies du sein. En novembre 1895, la malade remarqua dans le sein gauche un noyau qui était déjà gros comme une noisette. La tumeur grossit et devint bientôt douloureuse. Sur l'avis d'un médecin, elle appliqua un emplâtre; mais comme il ne se produisait aucun mieux, que la peau rougissait et se couvrait de vésicules, elle entra à la clinique.

Etat actuel. — Femme grasse, bien portante ; les deux mamelles sont volumineuses, mais la gauche un peu plus grosses à cause de sa tumeur. La peau est tendue et enflammée. La tumeur adhère à la glande, le mamelon est légèrement rétracté. On trouve sur le grand pectoral une tumeur à fluctuation douteuse, de la taille d'un œuf d'oie. Une ponction ramène de la sérosité sanguinolente où on trouve des cellules volumineuses

et variées. Sous le bord du grand pectoral, un paquet de ganglions durs. Par le mamelon s'écoule une quantité assez notable de sérosité blanchâtre.

Opération. — Tout d'abord, on fend la mamelle au niveau de la tumeur qui est un kyste d'où il s'écoule une grosse quantité de sérosité sanguinolente et qui est encore remplie d'une masse mollasse et tomenteuse qui provient de la paroi. Comme on pense au cancer, le kyste est oblitéré provisoirement et toute la glande enlevée avec curage de l'aisselle.

Par l'examen, on constate qu'il s'agit d'un cancer mou provenant de la paroi du grand kyste qui a rempli presque toute la cavité d'une masse tomenteuse. Toute la face interne de la paroi est couverte de végétations gris-blanchâtres et elle-même paraît infiltrée. Le reste de la mamelle a l'aspect d'une glande en lactation. La surface de section donne du suc; dans les canaux galactophores, on voit une sérosité laiteuse et les lobules glandulaires sont manifestement augmentés de volume. On voit aussi beaucoup de petits kystes disséminés dans la mamelle. Les ganglions axillaires sont cancéreux.

L'examen microscopique montre que l'épithélium pariétal s'est considérablement multiplié et a formé des boyaux et des cordons libres dans la cavité ou s'infiltrant et formant un cancer parfois très mou, riche en cellules. Les lésions glandulaires sont intéressantes. Les lobules isolés sont dans un état de multiplication et de développement variable. A côté de lobules au repos, on en voit d'augmentés de volume, et d'autres rappelant ceux d'une glande en lactation. D'autres enfin, par la multiplication de leur épithélium et leur réunion, forment des kystes plus ou moins gros.

Les canaux excréteurs paraissent aussi dilatés. Le tissu conjonctif dans les parties cancéreuses montre une infiltration de petites cellules, ailleurs, aucune richesse nucléaire. Enfin, les lobules glandulaires en activité sont entourés de tissu conjonctif embryonnaire et vasculaire.

Epicrise. — Il s'agit d'un carcinome développé aux dépens du revêtement épithélial d'un gros kyste. La genèse de ces kystes n'est pas facile à expliquer, cependant, le tissu con-

jonctif montre les mêmes altérations que précédemment, à savoir de la multiplication épithéliale et des kystes qui se reforment aux dépens des acinis.

Observation 33.

Kystes du sein avec lésions de mastite chronique et d'adénome.

MALY. — *Zeitsch. f. Heilk.* Obs. 1.

Il s'agit d'une glande mammaire provenant du service du Professeur BAYER, le 14 Novembre 1896 avec le diagnostic, d'adéno-fibrome kystique de la mamelle.

Antécédents. — Femme de 49 ans. Elle s'est aperçue de la tumeur au commencement de Novembre. La malade a allaité deux enfants, mais n'a jamais eu ni mastite, ni autre affection. Pas de tumeurs dans la famille. Il y a quatre ans, la malade se traumatisa le sein gauche et y eut un peu de douleur à la suite, mais sans tuméfaction ni ecchymose.

L'opération fut faite le 13 Novembre 1896. Incision curviligne au-dessous du mamelon ; retournement de la mamelle et extirpation de toute la glande, y compris quelques ganglions axillaires. Le mamelon est respecté.

La glande formait un disque à peu près circulaire de 10 centim. de diamètre et de 2 d'épaisseur et présentait un tissu fibreux et ferme. On trouvait de la graisse à l'entour et dans l'intérieur. Dans la partie compacte, il y avait plusieurs lobes de glande normale, et on trouvait aussi de nombreux kystes d'une taille microscopique jusqu'à celle d'une noix. Les kystes avaient des parois lisses. Les gros n'avaient aucune forme régulière et leurs parois montraient des crêtes et des arêtes, vestiges de la réunion de plusieurs kystes.

Le contenu des kystes avait à l'état frais un aspect séreux et lactescent, les plus petits étaient riches en éléments solides. Au microscope, on trouvait un dépôt formé par des cellules graisseuses, et aussi par de grosses cellules rondes. Je reviendrai sur la nature de ces cellules après l'étude des coupes.

Rien dans les ganglions lymphatiques.

Technique. — Fixation dans l'alcool, inclusion dans la celloïdine. Comme colorant on employa la cochenille, l'hématoxyline-éosine, le mélange de Van Gieson, etc... Coupes sériées.

Résultat de l'examen microscopique. — Les lésions très diverses portent sur les acinis, les petits conduits excréteurs et le tissu conjonctif. On trouvait des parties de glande normale analogues à la glande en dehors de la lactation. A côté, on trouvait des lobules en dégénérescence dont quelques acinis se transforment en cordons pleins par disparition totale de leur lumière. Le tissu conjonctif environnant est pauvre en noyaux et a par places l'aspect scléreux. D'ici et de là, on y trouve de petits canaux excréteurs avec infiltration de petites cellules pas très abondantes, mais s'arrêtant parfois brusquement. Quelques-uns, surtout les plus gros, sont plus ou moins kystiques sans altération de leur épithélium ; souvent dilatés irrégulièrement. Le tissu conjonctif voisin est, par places, infiltré de petites cellules. On remarque aussi de gros lobes en grand nombre, entourés de tissu conjonctif jeune, embryonnaire et riche en noyaux se colorant fortement, mais prenant par l'hématoxyline-éosine une teinte bleuâtre, tandis que le reste du tissu se colore en rougeâtre.

Dans ce tissu, à côté de nombreux Mastzellen ou trouve beaucoup de leucocytes ; à la limite du tissu conjonctif adulte et embryonnaire, on voit aussi une zone d'infiltration de petites cellules. Dans un autre, à côté d'acinis normaux, il y en a qui prolifèrent, ce qui se traduit par une multiplication de l'épithélium, qui, d'uni, devient pluristrafié. Ainsi les acinis se transforment en blocs solides qui, en se creusant et en se réunissant, forment de tout petits kystes. Il est vraisemblable que la formation des noyaux solides et leur excavation marchent de pair. Les kystes en s'accroissant refoulent le tissu conjonctif voisin et tassent les acinis voisins.

Dans les petits kystes, on remarque plus souvent une dissociation de l'épithélium en deux couches, dont la plus interne se détache et tombe en donnant ainsi des kystes revêtus d'une seule couche très mince d'épithélium pavimenteux. Cette forme représente l'état de repos de la formation des kystes.

Dans l'intérieur de la plupart des gros kystes, on trouve un nombre variable de grosses cellules épithéliales détachées et gonflées. Elles sont le plus souvent complètement libres et globuleuses, ou bien agglomérées et alors polyédriques par pression réciproque. Ces kystes sont quelquefois remplis de ces cellules.

Le tissu conjonctif est le plus souvent normal autour des petits kystes après que le tissu embryonnaire s'est transformé en tissu adulte. Autour des gros kystes dans lesquels on trouve des cellules gonflées, il est fréquent de voir de l'infiltration.

Si la prolifération cellulaire dans le kyste est plus active, si elle s'accompagne d'une transsudation abondante, tout l'épithélium peut se gonfler et desquamer à mesure que le kyste grandit. Dans ce cas, on peut faire cette remarque intéressante que dans les mailles du tissu conjonctif de la paroi kystique elle-même, outre les nombreux leucocytes isolés ou agglomérés, on trouve des cellules grosses et gonflées. Ces cellules sont, comme dans l'intérieur du kyste assez bien limitées, granuleuses, parfois creusées de vacuoles, le plus souvent à un seul noyau. Cet aspect est en contradiction avec les caractères épithéliaux des cellules que nous avons vues tout à l'heure dans l'intérieur des kystes. Une hypothèse très séduisante, qu'on ne peut cependant retenir est de considérer ces cellules comme celles trouvées dans les kystes, comme des globules du colostrum, ainsi que le dit Cerny.

D'après mes recherches, je donne une interprétation différente à ces grosses cellules gonflées, qui, d'origine différente, peuvent être rendues semblables par le gonflement.

Je considère comme des vestiges d'acinis quelques-unes des cellules qu'on voyait creusées de vacuoles dans la paroi kystique, de même que celle qui sont dans le voisinage immédiat de la paroi. Parmi les cellules non épithéliales ayant pu participer au gonflement sont les mastzellen si abondants autour des gros kystes, les cellules fixes du tissu conjonctif riches en protoplasma, un grand nombre de cellules endothéliales et enfin des leucocytes. Les leucocytes abondants que l'on trouve autour de ces kystes sont certainement en rapport avec un processus de résorption du liquide chargé de graisse infiltré dans les tissus.

Mais que les cellules migratrices puissent se charger de graisse autant que le montrent les cellules globuleuses et dans cet état circuler à travers les tissus dans les lymphatiques, cela n'est guère acceptable et ne peut être contrôlé sur les préparations. Quand l'infiltration cellulaire est abondante, on peut voir de petits leucocytes polynucléaires pénétrer à travers l'épithélium jusque dans la cavité du kyste sans avoir leur taille et leurs formes altérées. On comprendrait que ceux-ci puissent facilement être rendus à la circulation.

Je ne peux, comme Rogowitsch, considérer ces grosses cellules comme des cellules endothéliales qui se seraient gonflées sous l'influence inflammatoire de la sécrétion infiltrée, et je maintiens mes premières opinions.

Enfin, il est à signaler de petits kystes, gros comme un petit pois, ne présentant pas de multiplication épithéliale, mais dont le revêtement est formé d'une seule couche de cellules cylindriques plus grosses et plus élevées. Il se détache de leurs faces regardant la lumière, des corpuscules ronds, petits et granuleux sans que les cellules en périssent. De ci de là, une cellule épithéliale s'est détachée et a pris un aspect granuleux. On trouve aussi, à l'encontre de ce qu'on a vu, une atrophie du tissu conjonctif qui sépare les kystes, c'est-à-dire que le tissu intéracineux se transforme en septums très minces qui séparent les cavités les unes des autres. Ces cloisons conjonctives trouées font communiquer deux kystes voisins par un rétrécissement, d'où formation de crêtes papillaires recouvertes d'épithélium cylindrique et élevé. Il est possible que de petites papilles se forment aussi spontanément. L'épithélium était toujours unistratifié, mais on n'observait pas d'infiltration de petites cellules.

Observation 34.

Kystes du sein avec lésions de mammite chronique et d'adénome.

Maly. — *Loco citato.* — Observation 2.

Il s'agit d'une mamelle d'une femme de 40 ans, amputée avec le diagnostic de carcénome médullaire ayant débuté il y a trois mois.

Cette mamelle présente un tissu conjonctif dur, jaunâtre, fibreux, avec beaucoup de graisse et dans lequel on trouvait un kyste gros comme un œuf de poule, plusieurs de la taille d'une noisette et enfin beaucoup à peine visibles. Le contenu du plus gros kyste qui était à parois lisses montrait à l'état frais un contenu brunâtre, épais et filant ; et à la coupe des petits kystes, il s'écoulait du liquide épais et jaunâtre.

On trouvait les mêmes lésions microscopiques que dans l'observation 1. On avait l'impression que la mamelle était dans un état d'involution plus avancé. Les lobules isolés étaient plus pauvres en acinis, mais leurs cellules étaient plus grosses. On trouvait de nombreux acinis pleins. Les petits conduits excréteurs semblaient, plus que dans le premier cas, être en activité et participer à la formation des kystes ; les gros canaux sont aussi nettement dilatés en kystes. Dans la plupart des kystes, on trouve les mêmes cellules globuleuses. Tout ce stroma conjonctif est infiltré de cellules. La paroi du gros kyste, qui a encore un revêtement épithélial, montre de même, dans le tissu conjonctif adulte, de l'infiltration abondante.

On trouve aussi des kystes à hautes cellules épithéliales.

Observation 35.

Pedotti. — *Inaug. Diss.*, Zurich, 1897. — Observation 1.

L'auteur décrit d'abord l'aspect macroscopique de la tumeur, qui consiste en un amas de kystes avec un central plus gros. Puis il l'a débitée en coupes sériées, d'où il tire les conclusions suivantes :

1° Polymorphie extraordinaire des kystes ; nous avons toutes les formes imaginables : rondes, ovales, longues, et plus ou moins informes et les contours de ces kystes sont altérés par des incisions et des dilatations de toute espèce.

2° Ces kystes présentent entre eux des connexions visibles.

Lésions histologiques. — Si l'épithélium est atteint, il est généralement bien conservé, par place il tombe, ailleurs il présente des lésions rares. On trouve en général partout un épithélium unistratifié cylindrique ou cubique élevé. Que les

kystes soient grands ou petits, la hauteur de l'épithélium reste la même. Ailleurs, la couche de l'épithélium cylindrique est interrompue. La couche unistratifiée devient pluristratifiée, et plus loin, on voit près de la lumière du kyste des rangées nombreuses de leucocytes polynucléés. Nous avons affaire là à un processus de desquamation.

Le tissu conjonctif a proliféré. Dire que cette prolifération est absolue ou relative à l'expansion du kyste n'est pas chose facile, mais il n'y a pas trace de diminution du tissu conjonctif. Ce tissu est fibreux et se compose de fibres ondulées avec des noyaux en quantité moyenne. Il est à remarquer que ce tissu, pour encercler un grand nombre de kystes, s'organise en fibres plus ou moins abondantes et circulaires, formant ainsi aux kystes une véritable membrane propre. Ce tissu conjonctif est cependant souvent traversé par de la graisse qui ne s'ordonne pas autour des kystes.

Observation 36.

Pedotti. — *Inaug. Diss.*, Zurich, 1897. — Observation 2.

Cette pièce n'est représentée que par une coupe. On trouve beaucoup de kystes très variables dans leur forme. On trouve un kyste d'assez grandes dimensions et de contour irrégulier d'où part un conduit excréteur, qui se laisse suivre assez longtemps et se ramifie. Il n'est pas du tout dilaté.

L'épithélium est cubique, parfois assez bas, et se rapprochant du type plat ; il manque souvent. Mêmes lésions conjonctives que précédemment ; peut-être ce tissu est-il moins développé, mais pas du tout atrophié. Par places, de la graisse.

Observation 37.

Pedotti. — *Inaug. Diss.*, Zurich, 1897. — Observation 3.

De nombreux kystes sur la coupe.

Même aspect que précédemment. L'épithélium est généralement bien conservé, cubique et presque cylindrique ; mêmes particularités que plus haut. Le tissu conjonctif est proliféré, très fibreux et pauvre en noyaux. De la graisse éparse.

Observation 38.

Kystes multiples avec lésions de mastite chronique et d'adénome.

Roloff. — *Deutsche Zeits. f. Chir.*, 1900, v. 54, p. 108.

Femme de 51 ans, a subi l'amputation de la mamelle avec curage de l'aisselle pour une tumeur du sein gauche diagnostiquée cancer. Il y a trois ans de cela, et elle ne présente aucune récidive et aucune altération de son autre mamelle.

L'aspect macroscopique est le suivant : on voit des traînées blanchâtres, formant réseau au centre, et des plaques unies à la périphérie, constituées, semble-t-il, par du tissu conjonctif. Près du mamelon, on voit des fentes à parois épaisses, que, par le cathétérisme, on reconnaît être des canaux galactophores. Dans les mailles, on trouve de petites masses arrondies, jaunâtres, dont le diamètre n'excède pas 1^{mm} 1/2 à 2^{mm} et qui, se laissant enlever, mettent au jour de petites cavités kystiques arrondies, dont certaines sont à peine visibles.

Au microscope, on constate d'abord que le tissu glandulaire est encore très abondant, et occupe même certaines parties des travées d'apparence fibreuse. Il est plus développé que dans la glande normale, et acinis et canaux sont dilatés. Les altérations sont surtout épithéliales. Il y a multiplication de cellules épithéliales qui peuvent même arriver à remplir la lumière. Celle-ci est, par place, obturée par des bouchons de cellules épithéliales desquamées. Dans ces deux cas, il semble que l'épithélium forme comme un réseau. On voit des figures karyokinétiques. Dans les canaux galactophores, l'altération n'est aussi qu'épithéliale. Par places, on voit souvent de petites papilles conjonctives revêtues d'épithélium pluristratifié faire saillie dans les cavités.

Le tissu conjonctif interstitiel est, lui aussi, le siège d'altérations qui consistent dans une infiltration de cellules rondes. Mais toujours on observe une limite très nette entre l'épithélium et le tissu conjonctif.

Enfin, il est à noter qu'à côté de ces points altérés on en trouve d'autres normaux.

Observation 39.

Kystes multiples.

Roloff. — *Deutsche Zeits. f. Ch.*, 1900, vol. 54, p. 110.

Femme de 50 ans ; a eu 3 enfants qu'elle a nourris. Il y a 10 ou 12 ans, a eu une inflammation du sein gauche terminée par résolution. Il y a 5 ans, sans cause, elle eut un écoulement aqueux par le mamelon, quelquefois teinté de sang. Deux fois cet écoulement s'arrêta et ses seins augmentèrent de volume et devinrent durs pour reprendre leur aspect normal avec la continuation de l'écoulement.

La mamelle gauche est ferme, mais pas augmentée de volume. Le mamelon est rétracté, son pourtour est eczémateux. La pression fait écouler de la sérosité ; pas de ganglions.

Diagnostic : mastite chronique avec kystes.

Amputation du sein.

La glande n'est pas isolable de son enveloppe graisseuse ; elle paraît fibreuse et irrégulière, à sa surface font saillie des kystes. En coupe, on voit de nombreuses cavités jusqu'à 1 centimètre de diamètre, séparées du tissu fibreux et qui sont des canaux excréteurs, ainsi que le montre le cathétérisme qui mène d'une part à l'extérieur par le mamelon, d'autre part dans les vésicules terminales dilatées.

Dans l'intérieur des canaux galactophores, on trouve une petite quantité de sérosité brunâtre et des masses solides paraissant formées de végétations papillaires. Ils ne sont d'ailleurs altérés qu'à partir du point où ils pénètrent dans la glande. Leurs dilatations se succèdent par des points rétrécis, mais ils restent perméables.

On trouve enfin des altérations épithéliales et conjonctives. Par places, le tissu conjonctif montre de l'atrophie sénile ; ailleurs, il est riche en noyaux ; la membrane propre paraît homogène et vitrée ; et il s'ordonne même en faisceaux hyalins. Ces dernières altérations se trouvent surtout au voisinage des canaux excréteurs. A ce niveau, on peut aussi observer du côté des vaisseaux de l'endartérite oblitérante.

Les canaux excréteurs sont plus ou moins dilatés, leur paroi est plus ou moins plissée, et on y trouve ou non des végétations endocanaliculaires. Plusieurs montrent une desquamation épithéliale qui en remplit la lumière, indice d'une inflammation. Dans certains, il y a multiplication épithéliale en plusieurs couches, ailleurs d'une façon indistincte.

Le contenu de ces canaux est formé de cellules épithéliales desquamées d'une masse granuleuse et de cellules gonflées ; dans certains, il y a des productions conjonctives qui viennent en diminuer la lumière.

Ces altérations épithéliales et conjonctives marchent de pair ; en particulier, on voit toujours l'infiltration de cellules rondes autour des parties glandulaires.

Observation 40.

Kystes avec lésions adénomateuses et inflammatoires.

Tietze. — *Deutsche Zeits f. chir.*, 1900, V. 56, p. 518.

Tietze rappelle qu'il a opéré une femme de 36 ans, sans enfant, d'une tumeur au sein, et d'autres de 42, 39 et 46 ans. C'étaient des tumeurs unilatérales, irrégulières, qui se présentaient après l'intervention, comme des kystes gros comme des noisettes, avec d'autres kystes plus petits, disséminés çà et là et contenant de la sérosité brunâtre.

Sur des coupes macroscopiques, on voit de grandes quantités de petites cavités arrondies, plus ou moins éloignées les unes des autres.

Le tissu conjonctif s'ordonne en anneaux concentriques autour des acinis et des canaux excréteurs ; et dans leur voisinage immédiat, on trouve quelques formations cellulaires, ici et là, quelques leucocytes, sans qu'on puisse cependant parler d'infiltration inflammatoire.

Dans un troisième cas, il y avait une multiplication glandulaire telle, qu'on pouvait penser à un néoplasme. On pouvait aussi voir le tissu conjonctif au voisinage des gros kystes privés en partie de leur épithélium, présenter une telle infiltration leucocytaire qu'on devait parler d'inflammation.

Dans un cas, on voyait saillir dans la cavité, de petites végétations épithéliales, formées exclusivement de cellules ; mais dans les gros kystes, on voyait aussi, se détachant de la paroi tapissée par de petites cellules cubiques basses, des végétations épithéliales avec un axe conjonctif qui, dans certains cas, peut être assez volumineux. Lorsque toutes ces excroissances se trouvent assez rapprochées, on pourrait croire que c'est la paroi du kyste qui s'est godronnée.

Il y a des points qui ressemblent étonnamment à la description de Schimmelbusch ; ce sont des alvéoles très dilatées et remplies de cellules. Mais il s'y fait très vite des phénomènes de dégénérescence qui conduisent, soit à une perte de substance, s'il y a dégénérescence en masse, soit à un aspect alvéolaire, ce que Tietze ne peut expliquer que par la persistance de minces travées conjonctives.

Cette dégénérescence cellulaire était facile à suivre dans un cas où on voyait tout d'abord le proptoplasma se transformer en une masse granuleuse, le noyau restant bien vivant, puis ce dernier dégénérer à son tour.

Toutes ces altérations étaient surtout aciniennes; on trouvait cependant aussi l'épithélium des canaux galactophores multiplié, et ceux-ci remplis de détritus.

Observation 41.

Kystes avec lésions adénomateuses.

Hue et Nicolle. — *Normandie Médicale*, 1899, p. 44.

M[lle] P..., 45 ans, bien portante habituellement, sans tare notable et sans antécédents congénitaux dignes d'être signalés, se présente à ma consultation, le 31 janvier 1898, pour une tumeur du sein droit. Elle s'en est aperçue, il y a 5 ou 6 mois, mais la tumeur grossit et elle en souffre de plus en plus.

Cette tumeur se trouve située entre le mamelon et l'aisselle, vers la périphérie de la glande. Elle a le volume du pouce avec grand diamètre transversal. Elle est lobulée, dure, non adhérente aux tissus sous-jacents ni à la peau qui paraît aussi souple qu'ailleurs. La pression est peu douloureuse. Les dou-

leurs sont surtout spontanées et apparaissent sans règle. Dans l'aisselle, un ganglion du volume d'un noyau de cerise. L'état général ne paraît pas influencé ; la malade est plutôt maigre. Elle est toujours très impressionnable. Elle commence un traitement ioduré qu'elle suit trois mois.

Elle revient le 13 mal dans le même état. La tumeur a légèrement augmenté et est devenue plus douloureuse. Le ganglion de l'aisselle n'a pas bougé. L'opération est acceptée et pratiquée en juin. Elle consiste dans l'ablation totale de la glande avec curage de l'aisselle où ne se trouvent que deux petits ganglions, dont le plus gros a tout juste le volume d'un pois. La guérison a lieu « per primam » sans autre incident que la continuation des douleurs.

Depuis, la malade a vu ses douleurs disparaître mais assez lentement ; aujourd'hui, elle n'en a plus ; mais elle craint d'avoir quelques noyaux indurés dans le sein gauche. Je les ai sentis une fois et ne les ai plus retrouvés aussi nets à l'examen suivant.

M. Nicolle. — Les préparations microscopiques que j'ai l'honneur de vous présenter, ont été colorées par l'hémateine et l'acide picrique. Vous pouvez facilement vous rendre compte, en les examinant, que la tumeur est constituée essentiellement par un tissu fibreux adulte dans lequel sont distribués, sans ordre, des cavités kystiques. Celles-ci sont de diamètre différent; leur contenu est hyalin ou granuleux; elles sont tapissées généralement par un épithélium cubique, disposé suivant un seul rang de cellules. Par places, l'épithélium forme deux ou trois assises de cellules. En certains points, l'aspect est différent ; on voit cet épithélium proliférer vers l'intérieur des cavités kystiques et dessiner ainsi des prolongements irréguliers, constitués par des cellules épithéliales plus volumineuses, souvent vacuolaires et métalypiques. Cet aspect est très intéressant, il permet de rapprocher la tumeur kystique que nous vous présentons, des kystes ovariens, et de la ranger, par conséquent, parmi les tumeurs épithéliales.

Observation 42. — Résumé.

Adénome kystique du sein.

Péraire et Pilliet. — *Bull. Soc. Anat.*, 1898, p. 148.

F. de 47 ans, a eu une fille qu'elle n'a pas nourrie, jamais d'affections au sein ; présente dans le sein droit une tumeur, survenue il y a 7 ou 8 mois. Elle est grosse comme une orange, irrégulière, bosselée, adhérente à la peau, mais pas aux plans profonds. Pas de ganglions. Diagnostic hésite entre adéno-fibrome, kyste hydatique, sarcome.

Le 10 juin, incision exploratrice du sein. On se trouve en présence d'une tumeur kystique, présentant un certain nombre de loges également kystiques et situées au milieu même de la glande. Celle-ci paraît être aussi le siège de petites tumeurs kystiques développées autour de la tumeur principale.

Cette constatation nous enlève toute hésitation au sujet de notre intervention et pensant que la glande mammaire dans de pareilles conditions, ne peut être conservée, nous faisons l'amputation totale du sein. Le 23, guérison complète. Le liquide ensemencé par M. le Dr Mignot, sur les milieux ordinaires de culture, a donné des résultats négatifs.

Il en a été de même des inoculations au cobaye.

L'examen du liquide sur lamelles pour la recherche de crochets d'hydatidé n'a donné également aucun résultat.

Examen histologique, par M. le Dr A. H. Pilliet :

a) Les coupes du sein au pourtour du grand kyste, montrent une série d'acinis mammaires proliférés, tous entourés d'une zône fibreuse, à couches concentriques très nettes, sorte d'anneau sur lequel insiste M. Ch. Rémy, pour le diagnostic de ces tumeurs et qui se trouve bien représenté dans une des lésions du travail sur la mamelle de M. P. Delbet ; ni le tissu conjonctif ambiant, ni la graisse ne présentent de trace d'inflammation.

b) Les coupes au niveau du kyste contiennent, dans la paroi de la coque, les mêmes acinis avec les mêmes caractères. La

poche est tapissée de fibres conjonctives, disposées circulairement. Le revêtement interne est tombé.

c) L'examen du liquide y montre un grand nombre de tubes glandulaires déroulés et nécrosés. Par le bleu de Löfler, on n'y constate que la présence de bâtonnets courts probablement saprophytes.

En résumé, adénome kystique simple, non enflammé.

Observation 43.

Kystes multiples de la mamelle par fibro-myome du mamelon.

Hiebaum. — *Prag. med. Woch.*, 1895, p. 304.

J. X..., 44 ans, bonne santé, mariée depuis 23 ans, a eu 11 enfants, le dernier en août 1899 ; dix sont encore vivants. Elle en a nourri 5, le dernier en 1882, jamais d'affection du sein.

Réglée à 14 ans, l'a toujours bien été depuis. Ses dernières règles ont eu lieu il y a cinq semaines. A eu la fièvre typhoïde.

Au début de février 1894, a commencé à souffrir du sein droit et, quelque temps après, elle y remarqua une tuméfaction qui augmenta peu à peu. Pas de traumatisme antérieur.

M. Gussenbauer constate une augmentation de volume du sein droit ; le mamelon est rétracté vers la partie inféro-externe. A ce niveau, on trouve une tumeur dure, bosselée, grosse comme une châtaigne ; et disséminés dans toute la mamelle, on trouve par place des noyaux qui ressemblent à des kystes. Les ganglions axillaires sont un peu plus gros que du côté gauche.

Le 2 mars 1894, amputation totale de la mamelle et la malade sort guérie le 15. Elle souffrit encore au niveau de sa cicatrice pendant trois ou quatre semaines.

A la coupe de la mamelle, on trouvait les deux surfaces de section grisâtres ; le tissu glandulaire paraissait ferme et on y trouvait une grande quantité de kystes de taille très variable à contenu épaix, granuleux, de coloration jaune foncé, se laissant facilement enlever.

Dans quelques-uns, la coupe l'a détaché sans que les kystes s'affaissent pour cela. Leur paroi est lisse par places, ailleurs, présente des crêtes et des dépressions.

Les ganglions ne présentaient pas de lésions.

Le Professeur Hofmeister fit l'examen chimique du contenu. « L'examen microscopique de ce contenu décela des granula- « tions opaques et rondes dans un substratum graisseux. Ce « dernier se dissout facilement dans l'éther et il reste les gra- « nulations insolubles dans l'eau, l'alcool et à la chaleur, mais « solubles dans la lessive de soude concentrée et chaude. « D'après leurs réactions chimiques, on doit les considérer « comme protéique.

« Ce qui a été extrait par l'éther se montre complètement « analogue à la graisse du lait de femme. La calcination donne « très peu de cendres ».

Pour l'examen microscopique, on débita toute la glande : fixation à l'alcool, inclusion à la celloïdine, coloration à l'héma-toxyline où à la teinture de cochenille.

Le contenu forme des masses granuleuses plus ou moins homogènes, ou bien est constitué par des détritus granuleux. Dans les deux cas, on voit de beaux cristaux de graisse.

Les parois kystiques étaient, le plus souvent, recouvertes d'un épithélium aplati à une ou deux couches ; et à côté de kystes à épithélium complet, on en voyait d'autres où il était desquamé et d'autres où il formait de 6 à 10 rangées de cellules. Le reste de la paroi kystique présentait aussi des lésions variables ; on le voyait formé de forts faisceaux de tissu conjonctif ou complètement atrophié, soit par la compression du tissu interstitiel en prolifération, soit par suite du développement de la cavité kystique, ce qui augmentait la pression excentrique.

On pouvait constater que les kystes s'étaient formés aussi bien aux dépens des acinis que des petits et des gros conduits excréteurs et on en pouvait suivre toutes les étapes.

Cette formation de kystes n'avait pas été sans retentir sur le tissu conjonctif interstitiel. Il était surtout au pourtour des acinis et des conduits excréteurs, au début de leur dilatation, complètement infiltré de petites cellules rondes inflammatoires.

Ailleurs, il se montrait pauvre en cellules et d'apparence fibreuse, précisément autour des kystes dont nous avons vu les parois épaissies.

Enfin, on trouvait des points où tout était normal : acinis, conduits excréteurs et tissu interstitiel.

Je dois enfin mentionner que, dans quelques préparations, j'ai trouvé, dans les portions infiltrées, de grosses cellules à plusieurs noyaux qui étaient indubitablement des cellules géantes. Leur présence fait supposer qu'il a dû se faire une infiltration du contenu kystique, qui, comme tout corps étranger, a déterminé une irritation manifeste des tissus.

Le mamelon fut, lui aussi, débité en coupes sériées. On trouva des glandes de Montgommery nombreuses, et les portions de tissu glandulaire avec les mêmes lésions que précédemment : dilatations kystiques avec revêtement épithélial variable, infiltration cellulaire du tissu conjonctif. Outre cela, on trouvait : un canal galactophore très dilaté en kyste rempli d'une masse grumeleuse et dont les parois conjonctives étaient très épaissies avec un revêtement épithélial de une à trois couches. On trouvait aussi beaucoup de fibres musculaires lisses dont une partie contribuait à former la paroi du canal et l'autre formait des faisceaux dans le mamelon.

A la base du mamelon, se séparant nettement des tissus périphériques, on trouvait une tumeur arrondie de la grosseur d'une petite noisette, avec, au centre, un canal galactophore dilaté dont la paroi godronnée semblait très épaissie et isolé de la tumeur elle-même par du tissu conjonctif adulte. Le néoplasme lui-même était formé en partie de fibres musculaires lisses à noyaux allongés. Dans le tissu néoplasique, on trouvait aussi des groupes de cellules géantes analogues à celles décrites plus haut et groupées surtout autour du canal galactophore. Ces cellules géantes représentent comme plus haut l'effet de la réaction qui a porté sur les tissus.

En somme, il s'agissait d'un fibro-myome développé aux dépens de la texture du mamelon.

Les coupes des ganglions ne montrèrent qu'un certain degré de lipomatose, et, par places, de nombreux leucocytes.

Observation 44.

Kyste du sein par nécrobiose épithéliale.

Mintz. — *Berl. Klin. Woch.*, 1899, p. 1020.

W. M..., 28 ans, bien portante, multipare, a remarqué, il y a 5 mois, dans le sein droit, une tumeur indolente. Peu de temps après, dans le sein gauche, elle trouva de nouveaux nodules.

A l'examen, on trouve, dans le quadrant supéro-externe du sein gauche, deux nodules indolents, gros comme des noisettes, dans le quadrant inféro-interne du sein droit, une tumeur fluctuante grosse comme un citron. Les nodules isolés dans les deux mamelles se sentent durs. La peau est partout mobile et saine. Le mamelon droit donne par la pression un écoulement crémeux. On fit le diagnostic de mastite chronique kystique, et, sur le désir de la malade, la grosse tumeur fut excisée, en ménageant la mamelle droite. Elle adhérait fortement au tissu mammaire, si bien qu'une séparation parut impossible. On enleva avec elle une partie des conduits excréteurs de la glande et, au-delà, une portion glandulaire qui paraissait, macroscopiquement, saine. Le kyste ne communiquait pas avec les canaux excréteurs. Par ces derniers s'évacuaient par pression des masses vermiformes de consistance butyreuse qui, microscopiquement, étaient formées de cellules graisseuses et de cellules épithéliales desquamées. Le contenu kystique est crémeux, coloré par le sang, et montre sous le microscope des cellules graisseuses et des globules sanguins. La paroi kystique, formée de tissu conjonctif dense est lisse par endroits, et, ailleurs, elle a un caractère tomenteux. En d'autres points, font saillie des cordons conjonctifs larges de plusieurs millimètres. Au microscope, on trouve, cependant, aux parois lisses des faisceaux conjonctifs à fibres parallèles dont la richesse en cellules augmente vers la lumière du kyste. Les irrégularités de la paroi sont formées de tissu de granulations ; il n'y a pas de revêtement épithélial. Dans la paroi kystique, on trouve çà et là de petites cavités kystiques qui reproduisent en miniature la cons-

titution des grands kystes : les mêmes anneaux de tissu conjonctif et les mêmes anneaux de tissu de granulations en dedans. Cette constatation montrait une multiplicité de l'affection qui fut constatée aussi sur les fragments de tissu mammaire.

Celui-ci est formé d'un gros amas de kystes qui correspondent aux lobules glandulaires. Ils sont séparés les uns des autres par du tissu conjonctif interstitiel qui n'a pas été modifié, à la face interne duquel il y a du tissu de granulations. La lumière, vide par endroits, est comblée par places, par des masses homogènes.

Un examen plus attentif, permet de constater les différents stades de la formation des kystes dans les lobes glandulaires. Le processus est caractérisé par ce fait que sur la coupe transversale des lobes glandulaires, il y a encore un petit nombre d'acinis qui apparaissent transformés en une masse de tissu de granulations néo formées remplissant les contours des lobules. Les acinis isolés perdent leur contour net, se dissolvent ; on ne note pas d'accroissement de leur épithélium. Le tissu interstitiel qui sépare les lobules les uns des autres est moyennement infiltré de cellules et se sépare nettement du tissu néoformé de granulations.

Sur d'autres coupes transversales vers l'équateur des lobules, on voit le produit de désquamation des acinis détruits, pressé vers le centre du lobule, entouré par un anneau de granulations qui montre encore des restes d'acinis et d'épithélium. A ce moment, le kyste primaire est fini. Par la fusion des adjacents, apparaissent des kystes de deuxième et de troisième ordre qui ont tous les caractères du tissu de granulation.

Observation 45.

Kystes multiples du sein avec végétation papillomateuse.

GADSBY-MARSHALL. — *The Lancet*, vol. I, p. 234 ; 1878.

H. K..., 33 ans, souffre du sein gauche depuis huit mois. Quand la douleur était très marquée, la peau devenait rouge

sombre et, en même temps, il se faisait un écoulement de sang par le mamelon qui était turgescent. Pas de traumatisme antérieur; bien réglée.

On trouvait dans le sein gauche, une tumeur grosse comme une orange, adhérente ni à la peau ni aux plans profonds, mais avec des veines dilatées; cette tumeur envoyait des prolongements rameux, mais isolables. Pas de ganglions. En comprimant la tumeur, on trouva un craquement particulier, et, en même temps, il s'écoula un liquide brunâtre. Au microscope, on y trouva des globules sanguins, des débris granuleux et de très grosses granulations. Bonne santé générale. Douleurs irradiées vers l'épaule et le bras.

Ponction d'un kyste, puis, amputation de la glande.

Aspect macroscopique de la tumeur.

A l'ouverture d'un gros kyste, on trouve sa paroi interne irrégulière et, en partant, une excroissance polypiforme.

Observation 46.

Kyste du sein avec végétation adénomateuse.

Bryant. — *Guy's Hosp. Rep.*, vol. 43, p. 463.

Harriet W..., 47 ans, 13 enfants dont le plus jeune a six ans, les a tous nourris ; se présente le 14 janvier 1867, avec une tumeur arrondie, ressemblant à un kyste, et occupant la partie supérieure du sein gauche. Elle date de six mois. Il y eut, d'abord, un écoulement clair par le mamelon, mais il a cessé depuis longtemps. Peau normale, pas de ganglions.

15 septembre. — Ecoulement séreux par le mamelon, augmenté par la pression.

Mars 1868. — La tumeur est enlevée et est formée d'un kyste avec une végétation pédiculée qu'après examen microscopique, M. Moxas diagnostique adénomateuse.

Au centre de la glande, il y avait un kyste multilobulaire du volume d'une noix, avec un contenu brunâtre. De nombreux petits kystes analogues se trouvaient disséminés. L'excroissance était formée par de l'adénome, on voyait d'ailleurs, dans

le reste de la glande, d'autres noyaux analogues d'adénome, en connexion avec les kystes, ce qui indiquait bien leurs relations. Ces kystes étaient tapissés d'un épithélium cubique.

Guérison.

Observation 47.

Kyste du sein avec adénome pédiculé.

Bryant. — *Guy's Hos. Rep.*, vol. 43, p. 461.

Suzannah W..., 43 ans, célibataire, se présente le 2 février 1876, avec une tumeur arrondie, occupant toute la glande droite et s'étendant vers l'aisselle où on trouve de petits nodules. Mobilité sous la peau et sur le grand pectoral. Veines dilatées. Fluctuation nette. Pas d'écoulement.

En 1872, début par un écoulement visqueux, et, quelque temps après, apparut une tumeur grosse comme une noisette qui grossit lentement. Le sein devenait parfois tendu et diminuait de volume quand l'écoulement se produisait. Depuis six semaines, pas d'écoulement.

3 février. — Ablation de toute la tumeur.

Elle est composée d'un kyste qui contient une demi-pinte de liquide muqueux et est bordé par une membrane mince et délicate. A sa paroi sont attachées plusieurs tumeurs pédiculées. A l'examen, elles ont nettement une structure papillomateuse. Les prolongements sont recouverts de cellules cylindriques. On trouve des espaces circulaires ou allongés, bordés des mêmes cellules. Il y a aussi d'autres petits kystes à parois fibreuses et à contenu colloïde.

On trouvait, enfin, dans le reste de la glande, plusieurs petits nodules adéno-fibreux.

Guérison vérifiée trois ans après.

Observation 48.

Kyste du sein avec végétation adénomateuse.

Bryant. — *Guy's Hosp. Rep.*, vol. 43, p. 460.

Mme T..., 54 ans, mère de plusieurs enfants, qu'elle a tous nourris sans accident, vint me consulter en octobre 1880, pour

une tumeur du sein, datant d'une année. L'apparition de la tumeur a été précédée, quelques mois avant, d'un écoulement séreux. La tumeur était grosse comme une balle de tennis, dure et globuleuse ; la pression en faisait couler du liquide sanguinolent. Peau et mamelon normaux. Je fis le diagnostic de kyste canaliculaire ; j'intervins et trouvai dans le kyste une tumeur pédiculée. Guérison vérifiée quatre ans après.

M. Symonds fit l'examen :

La tumeur a un diamètre d'un pouce et quart, et est attachée à la paroi lisse du kyste par un petit pédicule. Elle est rouge foncé, molle et facile à détacher. Le kyste semble formé par un canal dilaté. Pas d'autres tumeurs dans la glande.

La tumeur a une apparence lobulée et montre, au microscope, tous les caractères d'un adénome. Il y a de larges espaces de formes variables, bordés de cellules à gros noyaux avec un ou plusieurs nucléoles. Le tissu interstitiel est très délicat et contient des cellules variées contre les vaisseaux. Des parois d'acinis, il y a des prolongements qui rejoignent la paroi opposée.

La tumeur apparaît donc comme un adénome pur, issu de la paroi du kyste. La petite quantité de tissu fibreux et les caractères normaux du tissu glandulaire immédiatement autour du kyste, montrent qu'il ne peut s'agir d'un fibrome invaginé. Cette tumeur est identique à ce que nous appelons un « duct-papilloma ».

Observation 49.

Poujol. — *Mastite chronique diffuse.* — *Archives de Médecine expérimentale*, 1897, p. 330.

V. D..., 43 ans, entrée le 8 décembre 1895, dans le service de M. le Professeur Tédenat, pour une affection du sein gauche. Cette dame a été réglée à 14 ans et jouit d'une menstruation régulière. Elle a eu deux enfants, alors qu'elle était âgée de 25 et 34 ans ; elle ne les a pas nourris. Les seins ont continué de sécréter un peu de lait longtemps après le second accouchement.

Pas d'antécédents pathologiques notables.

Vers le mois de Janvier 1895, elle s'est aperçue que le mamelon gauche se rétractait dans l'intérieur de la glande. Cette particularité ayant appelé l'attention de la malade sur le sein gauche, elle constata l'existence d'une induration du volume d'une noix. La rétractation du mamelon est restée stationnaire depuis cette époque. Il n'y a jamais eu, à aucun degré, de sensation douloureuse d'aucune sorte ; le sein gauche ne devenait pas sensible au moment des règles.

Les deux seins sont volumineux. Le sein gauche ne se distingue de l'autre à la vue, que par l'enfoncement du mamelon. A la palpation, on a la sensation d'une tuméfaction diffuse. Toute la région sous-mamelonnaire est occupée par une induration dont les limites sont difficiles à préciser ; la peau est adhérente aux parties indurées, la périphérie de la glande a gardé sa souplesse. En exprimant le mamelon, on provoque l'issue d'une faible quantité de liquide blanc jaunâtre puriforme. Pas d'adénopathie. La mamelle droite est saine.

La malade est très préoccupée de son état, et réclame l'intervention. Le sein droit reste normal.

La glande enlevée est volumineuse et surchargée d'une grande quantité de graisse. La masse adipeuse est sillonnée de traînées fibreuses dures, sans souplesse, d'un blanc brillant, les traînées sont confluentes au voisinage du mamelon, et donnent par là l'explication de l'induration perçue au palper, car il n'existe pas de bloc fibreux compact. Au sein des traînées, on distingue facilement les canaux galactophores dilatés ; loin du mamelon, et dans un siège où les sections des canaux sécréteurs sont normalement inappréciables à l'œil nu, les sections transversales des canaux apparaissent nettement comme des cercles mesurant jusqu'à 3^{mm} de diamètre. De plus, en comprimant latéralement les traînées fibreuses, on exprime des canaux galactophores des moules d'une substance blanc jaunâtre, comme butyreuse. Ces moules sortent des sections des canaux excréteurs, comme d'une filière, sous forme de cylindres ayant jusqu'à un centimètre de longueur. Toutes les parties de la glande se ressemblent. Aucune autre lésion n'est appréciable à l'œil nu.

Divers fragments ont été fixés et coupés suivant les méthodes

usuelles. Les fixateurs employés ont été le liquide de Roule, pour les fragments volumineux, le liquide de Flemming, pour les petites parcelles. Les coupes ont été pratiquées, après inclusion dans la paraffine. On a coloré suivant le fixateur avec le carmin, l'hématoxyline ou la safranine ; l'éosine ou l'acide picrique ont servi comme colorants de fond.

Examen histologique. — La glande est complètement remaniée dans sa structure par deux circonstances principales : une adipose envahissante et la dilatation des canaux excréteurs.

Adipose. — La transformation adipeuse du tissu fibreux est beaucoup plus accentuée que dans les différents types de mamelle au repos, que j'ai eu l'occasion d'étudier. Dans la mamelle en dehors de la lactation, on observe communément au sein du tissu adipeux, d'épais cylindres fibreux dans lesquels les canaux galactophores cheminent pour ainsi dire noyés. Ici, le tissu adipeux tend à se substituer complètement au tissu fibreux, et à n'en laisser subsister que les gaînes minces circonscrivant le calibre des canaux excréteurs. Là où ces gaînes ont encore une certaine épaisseur, on peut juger, par l'existence de vésicules adipeuses dans leur zone marginale, que la transformation adipeuse continue de se faire à leur périphérie.

Dilatation des canaux galactophores. — La dilatation des canaux galactophores est, avec la surcharge graisseuse, la lésion la plus frappante au premier coup d'œil. On ne voit plus aussi les étroites lacunes à contour souvent irrégulier qui représentent normalement les sections des canaux galactophores. Les coupes sont criblées de perte de substance dont le contour est souvent régulier, circulaire ou ovalaire. Les plus étendues ont jusqu'à 2 et 3 millimètres de diamètre. Les plus petites ne sont visibles qu'à l'examen microscopique. Il est manifeste que la dilatation s'étend à l'ensemble de l'appareil excréteur et affecte jusqu'aux plus petits canaux au voisinage de leur terminaison dans les grains glandulaires.

Certains canaux sont plongés en plein dans le tissu adipeux et séparés seulement par une mince couche fibreuse ; d'autres

sont pourvus d'une gaîne fibreuse plus développée. Mais dans tous les cas, on peut observer que les couches de ces parois fibreuses sont stratifiées et concentriquement disposées autour du calibre du canal. Cette disposition est l'exagération de la disposition normale ; dans la glande saine, les canaux excréteurs n'ont qu'une mince paroi fibreuse propre, dont l'arrangement en strates concentriques est parfois à peine appréciable. Dans le cas particulier, la formation d'une paroi propre souvent épaisse et à strates concentriques multiples pouvait être rapportée au simple tassement des faisceaux fibreux ou à une néoplasie inflammatoire. Cette dernière explication paraît être la vraie, si l'on examine les canaux dont la dilatation est poussée à un faible degré, on peut en trouver un certain nombre où la couche épithéliale est doublée d'un tissu fibroplastique dont les gros noyaux conjonctifs concentriquement disposés ne laissent pas de doute sur la réalité d'une néoplasie fibreuse. Sur des canaux plus volumineux, la paroi est constamment de tissu fibreux seul, et la néoformation inflammatoire n'est pas évidente, sans doute à cause de la lenteur du processus néoformatif. Néanmoins celui-ci s'affirme par ses effets, et c'est à lui qu'il faut rapporter des gaînes fibreuses propres autour des canaux excréteurs, tandis que l'adipose réduit progressivement le tissu fibreux ancien de la glande.

Moules intracanaliculaires. — Etat de l'épithélium. — Dans l'intérieur des canaux excréteurs, on aperçoit la section des moules de cette substance butyreuse qui les remplit. Comme je ne vois pas d'autre origine possible à ces moules que les altérations dégénératives de l'épithélium des canaux galactophores, c'est ici le lieu de parler de cet épithélium. Examiné sur les très fins canaux excréteurs au voisinage des grains glandulaires, on le trouve semblable à ce qu'il est normalement c'est-à-dire formé d'une couche très régulière de cellules cylindriques, basses, doublée d'une couche de cellules de remplacement, couche moins régulière que la première et plus ou moins complète et apparente suivant les points examinés. Dans des canaux plus volumineux, on peut encore trouver un épithélium de même type où la régularité des dispositions et des réactions

colorantes ne permet de reconnaître aucune lésion. Sur d'autres sections, l'épithélium ne présente pas ces caractères normaux ; tantôt il se compose de plusieurs strates de petites cellules à noyau diffusément coloré ; tantôt il est composé de deux couches seulement, comme à l'état normal, mais la couche interne est formée de petites cellules cubiques très basses, dont le protoplasma prend fortement les colorations de fond, et dont les petits noyaux atrophiés se teintent diffusément par les colorants nucléaires. Enfin, l'épithélium a complètement disparu de la paroi d'un grand nombre de canaux, notamment du plus volumineux, et il n'est pas permis de croire qu'il a été mécaniquement entraîné par un accident de préparation quand on voit le moule butyreux encore présent dans l'intérieur du canal excréteur appliqué directement sur la paroi fibreuse, sans interposition de l'épithélium.

Quant au moule butyreux lui-même, comme les acinis ne présentent pas de lésions de l'épithélium, ainsi que je dirai tout à l'heure, il ne me semble pas possible d'en rapporter la formation à une autre cause que la desquamation de l'épithélium des conduits excréteurs. La masse est formée pour la plus grande partie de débris n'offrant pas de trace de noyau et dont l'origine cellulaire n'est donc pas évidente. Mais d'autres squames ont encore un petit noyau anguleux fortement coloré, semblable aux noyaux des cellules épithéliales, qui desquament au voisinage. Aux débris épithéliaux se mêlent quelques leucocytes mono ou multinucléées.

Il me paraît qu'on peut attribuer à la production même de ce moule concret la dilatation dont sont atteints les canaux excréteurs.

Lobules glandulaires. — Ces grains glandulaires sont disséminés dans le tissu fibreux autour des canaux galactophores dilatés. Certains sont tout à fait normaux, dans certains autres les acinis sont dissociés par le tissu fibreux, ainsi que dans l'involution normale de la glande. Mais on observe aussi dans certains lobules des lésions se rattachant à l'ensemble des lésions dont la glande est atteinte. C'est en première ligne l'infiltration par les lymphocytes du tissu conjonctif interacineux : cette infiltration est de nature inflammatoire, et, tant par la

forme des petites cellules que par leur nombre, impossible à confondre avec la richesse normale en noyaux du tissu conjonctif interacineux. En seconde ligne, on peut observer parfois que la dilatation des voies d'excrétion s'étend jusqu'aux culs-de-sac secréteurs, de sorte que la lumière de l'acinus, très faible à l'état normal, devient largement apparente. Enfin, la dilatation des culs-de-sac peut transformer quelques rares lobules en une réunion de petits kystes microscopiques, mais cette circonstance tout à fait exceptionnelle, et que j'ai mentionnée pour être complet, est insignifiante dans l'ensemble des lésions. J'ai longuement cherché dans les préparations le groupe d'acinis kystiques que j'ai représenté figure 6.

Diapedese. — La nature inflammatoire de l'affection est signée de la manière la plus évidente par l'existence de nombreux foyers d'infiltration lymphocytique dans les gaînes fibreuses péricanaliculaires. Ces lymphocytes sont tantôt infiltrés en nappes entre les couches concentriques des tuniques fibreuses, tantôt elles sont réunies en petits foyers circonscrits qui, à très faible grossissement, ne se distinguent pas des grains glandulaires; mais si on les examine à fort grossissement, on n'y trouve pas trace d'acinis, mais seulement un amas de lymphocytes ordinairement parcouru par des capillaires dont l'endothélium présente l'augmentation de volume et de nombre qu'on trouve dans l'inflammation. Enfin, un certain nombre de ces amas représentent un certain nombre de petits abcès microscopiques. Les éléments du tissu ont disparu, et les lymphocytes comblent une perte de substance. Ces petits abcès histologiques, inappréciables à l'œil nu, ne peuvent entrer en ligne de compte dans l'appréciation générale du processus.

Quelques points des parois des canaux galactophores présentent les caractères d'une inflammation vive. Ces territoires, riches en cellules conjonctives, sont en outre infiltrés non plus de lymphocytes, mais de leucocytes multinucléés. C'est sans doute dans les points semblables que ces derniers éléments traversent l'épithélium pour entrer dans la constitution des moules intracanaliculaires.

Les vaisseaux sont normaux.

En résumé, la dilatation des canaux galactophores est la lésion principale. Cette dilatation paraît sous la dépendance d'une altération dégénérative de l'épithélium de ces canaux, amenant la production à leur intérieur d'uu moule concret. La dilatation se complique de l'épaisissement des gaînes fibreuses propres autour des canaux dilatés, et de la production de foyers inflammatoires disséminés. Enfin, le tissu fibreux ancien tend à disparaître par transformation adipeuse. Les grains glandulaires sont sains ou ne présentent pas de lésions propres.

QUATRIÈME GROUPE.

Observations ayant trait à la clinique.

Observation 50.

Kystes du sein multiples et bilatéraux.

BIRKETT. — *The Lancet*, 1868, vol. 2, p. 105, — Observation 2.

F..., mariée, sans enfants, 30 ans. Bonne santé ; réglée à 21 ans. Les seins sont durs. Souffrant du sein droit, elle y trouva une masse d'un pouce de diamètre. Cinq mois après, je la vis, la tumeur avait doublé. Elle souffrait beaucoup, surtout déshabillée. La tumeur était mobile avec la glande avec laquelle elle faisait corps. Cette tumeur était fluctuante.

Ablation avec un morceau de la glande.

En 1853, la malade avait un petit kyste semblable dans le sein droit et un autre dans le gauche.

Observation 51.

Kyste de la mamelle à diagnostic difficile.

BRYANT. — *The Lancet*, 1896, vol. 1, p. 343.

X..., 46 ans, mère de deux enfants qu'elle a nourris. A l'âge de 20 ans, nourrissant le deuxième, son sein gauche s'enflamma et elle vint me consulter en juillet 1894, pour un noyau du volume d'une noisette situé dans la moitié interne de sa mamelle gauche. Toute la glande était grosse, mais on ne

trouvait pas d'autre signe. Suspectant un kyste, je vérifiai la supposition et en trouvai un que je badigeonnai d'iode et tamponnai.

Guérison.

Observation 52.

Tumeur du sein avec rétraction du mamelon supposée cancer. — Kyste.

Bryant. — *Loco citato.*

X..., 52 ans, mère de deux enfants, me consulte pour une tumeur du sein gauche qui a grossi depuis six mois et est douloureuse. La tumeur occupe la moitié externe de la glande et le mamelon est rétracté vers la tumeur. A l'intervention, on trouve un gros kyste profond sans tumeur. Ablation par dissection. Trois ans après, la malade se porte bien.

Observation 53.

Tumeur centrale du sein avec mamelon étalé prise pour un cancer. — Kyste.

Bryant. — *Loco citato.*

X..., 36 ans, mariée sans enfants, me consulte pour une tumeur occupant le centre d'un de ses seins ; elle a poussé lentement depuis quelques mois, mais sans douleur. Le mamelon était complètement étalé. A l'intervention, on trouve un gros kyste central qui contenait de la sérosité, mais pas de tumeur. Cautérisation avec teinture d'iode. Tamponnement à l'iodoforme; guérison maintenue deux ans et demi après.

Observation 54.

Tumeur du sein prise pour un cancer. — Kyste.

Bryant. — *Loco citato.*

X..., célibataire, 63 ans, me consulte pour une tumeur du sein droit qui a poussé lentement il y a un an. Mamelon normal.

La tumeur a une surface régulière et semble rénitente. Je pense à un kyste, ce qui est vérifié par l'intervention. Tamponnement ; guérison.

Observation 55.

Tumeur du sein. — Kyste.

BRYANT. — *Loco citato.*

X..., célibataire, 40 ans, s'aperçut par hasard de la présence d'une tumeur dans son sein droit. Quand je la vis, elle avait le volume d'un œuf, elle occupait le lobe axillaire, et était lisse ; elle semblait élastique et même fluctuante. A l'intervention, on trouve un kyste qu'on ouvre et tamponne. Bonne guérison.

Observation 56.

Tumeur du sein avec mamelon étaté. — Kyste.

BRYANT. — *Loco citato.*

X..., 51 ans, mère de 5 enfants, n'en n'ayant nourri aucun, me consulte pour une tumeur du centre du sein qui a légèrement grossi depuis quelques mois. Le mamelon est complètement étalé. A l'intervention, je trouve un gros kyste que j'incise et dont je suture les bords à la peau. Badigeonnage au chlorure de zinc, tamponnement à l'iodoforme ; guérison.

Observation 57.

Tumeur du sein avec rétraction progressive du mamelon. — Kyste.

BRYANT. — *Loco citato.*

X..., 50 ans, mère de deux enfants, se présente avec une tumeur grosse comme un œuf dans le sein droit, qui a grossi lentement depuis deux ans. Elle a été parfois douloureuse, et le

mamelon est rétracté depuis un an. Quand je la vis, je trouvai de la fluctuation, incisai la tumeur et trouvai un kyste que j'extirpai. Guérison vérifiée deux ans après.

Observation 58.

Kystes multiples avec rétraction du mamelon.

BRYANT. — *Loco citato.*

Femme mariée de 53 ans, mère de 10 enfants, me consulta en août 1895, pour une tumeur du sein droit qui avait grossi il y a neuf mois, quoique son mari affirme qu'elle avait ce noyau vingt ans auparavant. A son premier enfant, abcès du sein. Le mamelon est rétracté depuis six mois. Quand je la vis, il était complètement invaginé. La tumeur est mamelonnée. Pas de ganglions, ablation et guérison.

M. TAGETT fit l'examen microscopique. La glande montre un grand nombre de petits kystes. Quelques-uns contiennent de la matière comme du miel ; d'autres, par expression, se vident de leur contenu. Par la coupe, on voit qu'ils sont formés par les canaux excréteurs dilatés, spécialement ceux situés au-dessous du mamelon. Le tissu glandulaire est lui-même farci de kystes.

Observation 59.

Kyste du sein simulant un cancer.

Marm. SHEILD. — *The Brit. Med. Journal*, 1901, vol. 1, p. 1197, obs. 4.

Femme de 35 ans, a une tumeur dans le sein gauche depuis 4 mois. Elle est mariée, mais n'a pas d'enfants. Elle est très alarmée parce que deux de ses proches sont mortes de cancer du sein. Je trouve une tumeur grosse comme une noisette, très dure, fixée dans la glande. Le mamelon est très rétracté, et, enfin, il y a de l'adhérence à la peau. Pas de ganglions. Malgré tout, je fis des réserves, tout en croyant avoir affaire à un cancer. C'était un simple kyste à parois minces, profondément situé, contenant du liquide brunâtre.

Observation 60.

Kyste du sein diagnostiqué cancer.

Marm. Sheild. — *The Brit. Med. Journal*, 1901, vol. 1, p. 1196. — Obs. 1.

F..., célibataire, 45 ans, se présente à moi pour une tumeur du sein gauche, grosse comme une petite orange ; elle est extrêmement profonde et semble très dure. Le mamelon est rétracté, mais l'a toujours été ; de gros ganglions axillaires. Deux chirurgiens en ont fait un cancer en se basant sur ces deux signes. Pas d'écoulement par le mamelon, peau normale, mais veines dilatées.

Au point de vue de la durée, la malade ne s'en était aperçue que depuis six mois. De temps en temps, de la douleur et de la gêne. A l'examen plus complet, il me sembla que cette tumeur qui faisait corps avec la glande était rénitente, aussi pensai-je à la présence de liquide.

Je dus me borner à suivre cette malade qui ne voulait pas d'opération. Six mois après, elle revint avec une tumeur ayant notablement diminué. Je pus alors très distinctement sentir la fluctuation.

Quelques semaines après, la tumeur grossit rapidement et devint douloureuse et gênante. Je fus alors autorisé à intervenir.

Incision profonde, car la mamelle était grasse ; je trouvai un kyste gros comme un œuf de poule, à contenu teinté et albumineux. Les parois en étaient lisses et minces et nulle part, il n'y avait de végétation intra-kystique.

Pour l'enlever, il fallut couper à travers le tissu glandulaire, Réunion après quelques points de capitonnage. Drainage.

A l'examen, on vit qu'il s'agissait d'un kyste canaliculaire. Pas de signe de tumeur maligne dans aucune partie.

Observation 61.

Kystes du sein pris pour un cancer.

Powers. — *Medical News*, 1897, vol. 2, p. 264. — Obs. 3.

Mme W..., 40 ans, a depuis quelque mois une tumeur qui grossit dans le sein droit. A l'examen, elle est irrégulière, du

volume d'une pomme, dure, partiellement fixée, et profonde. A l'intervention, on trouve un kyste qu'on dissèque.

Observation 62.

Kyste du sein pris pour un cancer.

Powers. — *Loco citato.* — Obs. 4.

Femme de 38 ans, s'est aperçue une semaine avant que je la voie de la présence dans le sein droit d'une petite masse. Un médecin l'a déjà vue et a fait le diagnostic de cancer. Après un examen soigneux, je concluai à une tumeur maligne ; elle était dure, nodulaire, non fluctuante. L'intervention montra un kyste vaste et irrégulier. L'examen histologique ne permit pas de découvrir de tissu néoplasique.

Observation 63.

Kystes multiples, écoulement sanguinolent, végétations papillomateuses.

Bryant. — *Loco citato.*

Femme mariée de 60 ans, me consulte pour une tumeur du volume d'un œuf qui avait grossi il y a six mois. Elle était allongée, dure et élastique, et je la regardai comme un kyste, mais toute la glande était noueuse. Par moments, il y avait, par le mamelon, un écoulement sanguinolent.

J'intervins et trouvai un kyste avec végétations papillomateuses.

M. Tagett, the pathologist of the Royal College of Surgeons of England, n'y trouva aucun élément malin. Les conduits excréteurs étaient à tous les degrés de dilatation, et quelques autres contenaient aussi des végétations.

Guérison maintenue six ans après.

Observation 64.

Kyste du sein avec tumeur adénomateuse intra-kystique. — Ablation du kyste. — Apparition de nouveaux kystes.

Bryant. — *Loco citato.*

X..., 36 ans, sans enfants, me consulte pour une tumeur du sein droit qui semble un kyste. Le diagnostic est confirmé par l'intervention, mais il y avait dans le kyste une tumeur de nature adénomateuse ainsi que l'a démontré l'examen microscopique.

Ablation.

Un an après, une tumeur semblable apparaît dans l'autre kyste qui est un kyste séreux.

Ablation. Guérison maintenue 5 ans après.

Observation 65.

Tumeur du sein diagnostiquée cancer. — Kyste à contenu sanguinolent.

Bryant. — *Loco citato.*

X..., mariée, sans enfants, 56 ans, vient me consulter pour une tumeur de la moitié supérieure du sein droit qui a grossi il y a 6 mois et est devenue douloureuse. Il n'y a pas d'autres symptômes. Soupçonnant un kyste, j'incisai la tumeur et trouvai un kyste à contenu sanguinolent que j'extirpai.

Trois ans et demi après, la malade allait bien.

Observation 66.

Kyste sanguin de la mamelle.

Marm. Sheild. — *The British Med. Journ.*, 1901, vol. I, p. 1197. — Obs. 3.

F. de 42 ans, alcoolique, célibataire, syphilitique, entre à Saint-Georges'Hospital, en mars 1901. Elle a une grosse

tumeur dans le sein gauche, irrégulière, avec des saillies et des dépressions. Cette tumeur occupe la plus grande partie de la glande. Elle fluctue juste vers le mamelon, mais, par ailleurs, elle est résistante et solide. Pas d'adhérences aux parties voisines, pas de ganglions. La peau est tendue, et, près du mamelon, elle a une couleur ecchymotique.

Cette tumeur date d'environ quatre mois, et la malade raconte une vieille histoire de coups et de fractures de côtes difficile à rattacher à l'affection.

Je fais le diagnostic de cancer kystique.

A l'intervention, on trouve une grande quantité de liquide sanguin foncé, et j'examine les parties dures de la tumeur qui ne sont constituées que par des caillots de sang de couleur chocolat. Je nettoyai et épongeai soigneusement la cavité, croyant trouver une végétation. Rien. J'incisai la paroi en plusieurs points et trouvai la glande normale. J'extirpai alors la poche, ce qui fut assez difficile. Drainage. Guérison sans incidents.

M. Rolleston examina cette pièce et trouva qu'il s'agissait d'un kyste simple probablement canaliculaire.

Les parois étaient limitées par un épithélium aplati, mais nulle part, on ne trouvait trace de néoplasme.

Observation 67.

Kyste du sein guéri spontanément.

Birkett. — *The Lancet*, 1868, vol. 2, p. 106. — Obs. 9.

F. de 39 ans, bonne santé, avec enfants, a remarqué, il y a neuf mois, une tumeur dans la partie supérieure du sein droit. Je trouvai une tumeur circonscrite, douloureuse et fluctuante. Traitement général et local. Guérison.

Observation 68.

Kystes des deux seins guéris spontanément.

Birkett. — *The Lancet*, 1868, vol. 2, p. 105.— Obs. 3.

Malade chez laquelle on avait ponctionné un kyste en 1857. En 1860, je la revis, elle avait plusieurs petits kystes dans les

deux seins. La malade était célibataire, de bonne santé, bien réglée, et ses kystes s'étaient montrés entre 40 et 50 ans.

En 1864, je la revis, tous ses kystes avaient disparu.

Observation 69.

Disparition des kystes.

Maunoury. — *Progrès Médical*, 1888, p. 3.

Il s'agit d'une dame que j'observai pour la première fois, en 1882, et qui avait alors 53 ans. Elle portait dans le sein droit une tumeur dont le début remontait à 33 ans environ, et, à cette époque, le sein gauche me parut absolument indemne. En novembre 1883, instruit par la lecture du travail de M. Reclus, j'examinai avec plus de soin le sein gauche, et j'y constatai très nettement, en dehors du mamelon, deux petits grains durs, gros comme des pois, que je regardai naturellement comme étant de nature kystique. Là s'arrête l'observation de M. Brissé-Saint-Macary, qui conclut que, dans ces cas, la bilatéralité a mis 33 ans à paraître.

Il semblerait difficile de regarder comme un caractère constant un signe qui peut mettre 33 ans à paraître, mais la suite me prouva que l'on pouvait interprêter autrement cette unilatéralité apparente. En effet, le 25 février 1886, ayant de nouveau examiné la malade avec soin, je constatai que la pression en dehors du mamelon gauche était fort sensible, mais il me fut complètement impossible de retrouver les petits grains durs, et je crus avoir pris pour des kystes ce qui n'était que de l'induration mammaire. Au commencement de l'année 1887, je recherchai ces tumeurs et ne les trouvai pas. Le 7 novembre 1887, je sentis de nouveau, de la manière la plus nette, toujours à la même place, c'est-à-dire en dehors du mamelon, une tumeur dure, bosselée, du volume d'une petite noisette, incluse dans la glande, mais parfaitement limitée, indolente à une légère pression. Il ne me paraît donc pas douteux qu'il y ait là un kyste disparaissant et reparaissant de temps à autre; et il est fort probable que si, lors de mon premier examen, j'ai cru

que la lésion était unilatérale, c'est peut-être que, à ce moment, le kyste gauche était affaissé.

Observation 70.

Disparition des kystes.

MAUNOURY. — *Progrès Médical*, 1888, p. 4.

Le 3 mai 1880, j'opère, avec le docteur MARTIN, une femme que je croyais atteinte d'un squirrhe du sein gauche, squirrhe qui n'est autre chose qu'une maladie kystique. La glande droite est alors parfaitement saine. Un an après l'opération, paraît, dans la partie supérieure du sein droit, une boule dure, grosse comme un pois. En janvier 1883, l'aisselle de ce côté présente un ganglion mobile gros comme un haricot. En septembre 1883, la tumeur jusque-là indolente devient très douloureuse, spontanément ou à la pression. Enfin, vers la fin d'octobre 1883, j'examine la malade avec le docteur MARTIN, et nous constatons qu'il existe, dans la partie supérieure du sein droit, une tumeur parfaitement mobile, du volume d'une mandarine, aplatie, à surface bosselée, de consistance ligneuse ; dans le reste de la glande, on sent un grand nombre de petits grains durs. Telle est, en quelques mots, l'observation qui se trouve dans la thèse de M. BRISSÉ SAINT-MACARY.

Le 27 octobre 1887, c'est-à-dire trois ans plus tard, j'ai revu la malade et après l'avoir examinée avec le plus grand soin, j'ai constaté que la tumeur du sein droit avait bel et bien disparu. La malade ne peut nous dire à quelle époque a eu lieu cette disparition ; elle s'en est d'autant moins aperçue que la place où siégeait la tumeur, c'est-à-dire la moitié supérieure du sein est restée très douloureuse; elle est de temps en temps le siège d'élancements aigus et elle est toujours très douloureuse à la plus légère pression. Mais l'examen le plus attentif ne montre plus trace de tumeur. Il y a bien çà et là de petits grains un peu plus durs, mais pas plus au niveau de l'ancienne tumeur qu'ailleurs. Si l'examen était fait en ce moment pour la première fois, on croirait avoir affaire à une mamelle doulou-

reuse, et si la malade donnait des renseignements, à une tumeur imaginaire. Le ganglion axillaire a toujours le même volume, c'est-à-dire celui d'un haricot. L'état général est resté aussi bon. La cicatrice du côté gauche est irréprochable.

Observation 71.

Kyste guéri spontanément.

Bryant. — *Loco citato.*

X..., 40 ans, vient me consulter pour une tumeur occupant le lobe externe du sein droit, diagnostiquée par un chirurgien comme adénome, par l'autre, comme cancer. A l'examen, je trouve une tumeur tendue, élastique, que je diagnostique kyste, et, vu le mauvais état général de la malade, j'ajourne l'intervention. La tumeur va diminuant puis disparaît.

Observation 72.

Kyste guéri spontanément.

Bryant. — *Loco citato.*

X..., 48 ans, me consulte, en décembre 1893, pour une tumeur du sein droit qui a grossi depuis quelques mois et qui a été diagnostiquée cancer. Elle est mariée, mais sans enfant, et se fait soigner pour des troubles utérins. A l'examen, on finit par trouver un peu de fluctuation dans la tumeur qui est du volume d'une orange. La malade est très nerveuse et souffre beaucoup. Six mois après, la tumeur était plus volumineuse ; elle avait disparu six autres mois après. Sa disparition avait coïncidé avec la cessation de ses troubles utérins.

Observation 73.

Kyste disparu puis réapparu.

Bryant. — *Loco citato.*

Femme célibataire, 39 ans, vient me trouver en 1892, pour une tumeur du sein qu'on avait crue cancéreuse. Elle avait

grossi depuis deux ans, mais elle occupait la même place qu'un noyau qui avait existé six mois auparavant et avait disparu spontanément. Quand je vis la tumeur, elle avait le volume d'un gros œuf très dur, était profondément située et élastique, si même elle n'était pas fluctuante. A l'incision, on trouva un kyste que je badigeonnai à la teinture d'iode et tamponnai. Guérison par seconde intention, maintenue trois ans après.

Observation 74.

Kystes multiples du sein avec végétation épithéliomateuse.

Robinson. — *The Lancet*, 1892, vol. 2, p. 76.

J. E..., 47 ans, mariée, quatre enfants. Il y a 10 ans, elle eut, par le mamelon, un écoulement clair et huileux suivi de l'apparition d'une petite tumeur un an après dans la partie interne du mamelon droit. Cette tumeur grossit sans douleur jusqu'à il y a un an, quand, après un coup, elle doubla de volume, devint dure, et l'écoulement s'arrêta. Il reparut six mois après et, quelques semaines après, il était sanguinolent. Le mamelon se rétracta et il se développa d'autres tumeurs dans le voisinage de la première.

A l'entrée de la malade, on constate une grosse tumeur à la partie interne du sein, occupant la moitié de la glande, avec la peau tendue, mais non adhérente. Elle semblait surtout kystique, mais avec des parties dures. Pas de ganglions. Sein gauche normal.

Après ablation, on vit que les kystes contenaient un liquide brunâtre avec de la cholestérine. Le plus gros kyste présentait un nodule sessile lobulé, qui s'enfonçait dans la paroi.

L'examen montra qu'il était formé d'épithélioma dendritique avec une seule rangée de cellules. A la partie adhérente, on trouvait des tubes glandulaires et des cellules néoplasiques infiltrées. Pas de récidive après deux ans.

Observation 75.

Kystes multiples des deux seins avec cancer.

Robinson. — *The Lancet*, 1896, t. I., p. 622.

F..., de 42 ans, six enfants, pas d'antécédents héréditaires néoplasiques.

En mars 1894, elle remarque une tuméfaction dans le sein droit, pas de douleurs, pas d'écoulement par le mamelon. A l'examen, on trouve toute la glande droite augmentée de volume et indurée par la pression de kystes multiples. Pas de ganglions axillaires bien nets. Le sein gauche présentait les mêmes lésions.

Amputation du sein droit le 20 août 1894.

A la coupe, il montre une dégénérescence fibreuse générale et avec de nombreux kystes qui vont d'une taille microscopique à celle d'une noisette et contenant l'habituel liquide brunâtre. Pas de végétations intrakystiques.

Au microscope, on trouve de la mastite chronique interstitielle, et, en plus, des points cancéreux.

On amputa donc l'autre sein le 28 novembre 1894. Il était de même rempli de kystes et montrait des lésions de mastite chronique mais sans trace d'épithélioma.

Observation 76.

Transformation cancéreuse de kystes multiples.

H. Snow. — *Tr. Path. Soc.*, 1895, p. 187.

S. K..., 64 ans, a subi l'amputation du sein droit en février 1887, pour une tumeur datant de plusieurs années. Elle était grosse comme une orange. Pas de ganglions. La masse consistait en du tissu fibreux, semé de multiples dilatations kystiques bordées d'un épithélium cylindrique. Il y avait, au centre, un kyste gros comme une noisette. Aucune trace macroscopique ou microscopique de carcinome.

En mars 1888, réapparition de la tumeur dans la cicatrice, l'aisselle et les viscères. Mort rapide décelant du carcinome type.

Observation 77.

Transformation cancéreuse de kystes multiples.

Eodem loco.

E. M..., 42 ans, a subi, en avril 1893, l'amputation du sein droit pour une tumeur grosse comme une tête d'enfant datant de plus de 4 ans. Pas de ganglions. Femme robuste. C'était une tumeur fibreuse avec cet aspect aréolaire particulier aux tumeurs kystiques qui était limitée par un épithélium cylindrique.

Mais il y avait, cependant, un point de coloration grisâtre qui, au microscope, fut reconnu pour du sarcome.

Récidive en septembre au niveau de la cicatrice. Ablation.

En 1894, récidive qui s'étendit rapidement et la malade mourut.

Observation 78.

Kyste du sein, suppuré.

Bryant. — *Guy's Hop. Rep.*, vol. 43, p. 452.

Eliza H..., 40 ans, mariée, sans enfants, vient me voir en Avril 1870 pour une tumeur du sein droit qu'elle avait depuis 5 ans, et ayant grossi lentement. Elle avait eu de l'écoulement séreux par le mamelon deux ans auparavant. Pas de ganglions. Actuellement, il y a écoulement de liquide clair spontanément et à la pression. Par moments, ce liquide est sanguinolent.

On trouve une tumeur grosse comme une orange dans la partie inférieur de la glande.

On fit une incision et on évacua une notable quantité de pus. Guérison.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE. (1)

ANDERODIAS. — Maladie kystique. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1897.

ANGER. — Fibro-adénome du sein gauche. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1898.

ARCY POWER. — Cystic disease in a boy. *Brit. med. Journal*, 1899.

AUVRAY. — Kyste du sein. *Bull. de la Soc. Anat.*, 1897.

BALLOK. — Adenoma of the breast. *Am. Journal Obst*, 1898.

BARD et LEMOINE. — De la maladie kystique essentielle des organes. *Arch. de Méd.*, 1890-2.

BARDY. — *Thèse de Paris*, 1876.

BASCH et WELEMINSKI. — Elimin. des bact. par les gl. mam. *Bul. Klein Woch*, 1897.

BATACESCO. — Mastite kystique. *Bull. de la Soc. de Chir.* de Bucarest, 1900.

BERGER. — Maladie kystique. *Presse Médicale*, 1898.

BESANÇON et BROCA. — Maladie kystique de la mamelle. *Bull. de la Soc. Anat.*, 1886.

BILLROTH. — Krankheiten der Brustdrüse, 1880.

BINAUD et BRAQUEHAYE. — *Traité de Chirurgie Le Dentu et Delbet.* Article Mamelle.

BINDI. — Contribution alla anatomica pathologica del gallatocele. *Lo Sperimentale*, 1900.

BAGOURD. — Kystes essentiels de la mamelle. *Thèse de Paris*, 1894.

(1) Cet index n'a pas la prétention d'être complet ; il indique simplement les travaux consultés pour la rédaction de ce mémoire.

Bompard et Milian. — Maladie kystique. *Bull. de la Soc. anat.*, 1897.

Brissaud. — Anatomie path. de la maladie kystique. *Archives de physiologie*, 1884.

Brissé Saint-Macary. — Maladie kystique. *Th. de Paris*, 1883.

Bryant. — Cystic tumors of the breast. *Guy's Hosp. Report*, vol. 43.

Bryant. — The diagnosis and treatment of early cancer and cysts of the breast. *Lancet*, Déc. 1895, Février 1896.

Bryant. — On cysts of the breast, etc. *Lancet*, av. 1900.

Buday. — Prolifirirendes adenocystom. *Virchow's Archiv.*, 1899.

Bull. — On cysts of the breast. *Medical Record*, Avril 1899.

Butlin. — Kystes et tumeurs kystiques du sein. *The Lancet*, 1884.

Cabot. — Chronic lobular mastitis. *Boston med. and surg. Journal*, 1900.

Cadiat. — Anatomie normale et tumeurs du sein. *Thèse de Paris*, 1876.

Cadiat. — Anatomie générale.

Carr. — Nature and treatment of mamary neoplams. *Medical News*, 1896.

Castex. — Des inflammations chroniques du sein. *Revue de Chirurgie*, 1887.

Cheyne. — Mammary cyst. *Clin. Journal*, London, 1901.

Clark. — Diseases of the breast. *Brit. med. Journal*, Juillet 1895.

Courtin. — Un cas de mammite chronique. *Journal de Méd.*, de Bordeaux, 1899.

Cooper. — *Traité de Chirurgie.*

Cornil et Ranvier. — *Traité d'histologie pathologique.*

Cornil et Schwartz. — Tumeurs bénignes du sein. *Revue de Chirurgie*, 1899.

Coyne. — Tumeurs kystiques de la mamelle. *Journal de Méd.* de Bordeaux, 1897.

Coyne. — *Traité d'anatomie pathologique*, 2° édition.

Coyne et Labbé. — *Traité des tumeurs bénignes du sein.*

Dartigues. — Kyste du sein. *Bulletin de la Société anatomique*, 1897.

Delavalerie. — Fibrome circonscrit de la mamelle. *Arch. gén. de Méd.*, 1888.

Delbet Pierre. — *Traité de Chirurgie Duplay et Reclus*. Article mamelle.

Delbet Pierre. — *Traité de Chirurgie Le Dentu et Delbet*. Article Tumeurs.

Delbet Pierre. — Maladie kystique et mastite chronique. *Bull. de la Soc. anat.*, 1893.

Delbet Pierre. — Nature et pathologie des tumeurs bénignes du sein. *Gaz. de Paris*, 1895.

Denucé. — Tumeur polykystique de la mamelle. *Bulletin de la Soc. anat.*, 1885.

Desenne. — Polyadénome double. *Presse médicale*, 1888.

Desplats. — Myxosarcome kystique de la mamelle. *Journ. des sciences médic.* de Lille, 1900.

Dowd. — Fibrose mamary tumors. *New York medical Record*, Avril 1892.

Dreyfus. — Zur path. anat. der Brustdrüse. *Virchow's Archiv.*, vol. 113.

Duplay. — *Cliniques*, 1878.

Eddowes. — Cysts of breast diagn. as cancer. *Brit. Med. Journal*, 1896.

Etiévant. — Mastites chez l'homme. *Province méd.*, 1897.

Fabian. — Die Bindegewebshyperplasie in fibroma und in den fibroadenoma der Mamma. *Arch. für Klin. Chir.*, vol. 65.

Fau. — *Thèse de Paris*, 1878.

De Fontguyon. — Maladie kystique. *Journal de Médecine* de Bordeaux, 1897.

Freund. — Zur Kenntniss der seifencysten der Mamma. *Virchow's Archiv.*, 1899.

Gadsby Marshall. — On cysts of the breast. *The Lancet*, 1878.

Gaudier et Surmont. — Inflammations chroniques de la mamelle. *Bull. de la Soc. de biologie*, 1895.

Gosselin. — *Cliniques*, T. III.

Grias. — Kystes simples de la mamelle. *Thèse de Paris*, 1886.

GROHÉ. — Ueber cystofibrosarkom der Mamma, etc. *Deutsche Zeits für Chir.,* vol. 55.

GUINARAES. – Maladie kystique. *Bull. de la Société Anatom.* 1884.

HEURTEAUX. — Kystes séreux. *Gazette médicale de Nantes*, 1895.

HIEBAUM. — Zur Kasustik der mult. Cystenb., etc. *Prag. med. Wochen*, 1895.

HÆKEL. — Beitr. zur Kenntniss der Brustgeschwulste. *Arch. für Klin. Chir.*, vol. 47.

HOWARD.— On cyst of the breast. *Brit. médical Journal*, 1889.

HUE et NICOLLE. — Tumeur kystique du sein. *Normandie médicale*, 1899.

JACOB. — Anat. path. et hist. de l'adénome mammaire. *Th. de Würzbourg*, 1897.

JAMESON. — Traitement des tumeurs bénignes du sein. *Brit. med. Jour.*, 1888, 1893.

KLEBS. — Handbuch der path. An.

KLOTZE. — Ueber seltene Erkrank, etc. *Arch. für Klin. Chir.*, vol. 25.

KÖNIG. — *Traité de Chirurgie*, T. 2.

KÖNIG. — Mastitis chronica cystica. *Centralblatt für Chir.*, 1893.

MALY. – Zur histol. der Mamma cystom. *Zeitsch für Heilkunde*, vol. 98.

MASSOULARD. — Mastite chronique. *Bull. med.*, 1899.

MAUNOURY. – Maladie kystique. *Progrès médical*, 1888.

MICHELI. — Contrib. an path. allo studio della mastite chroniche. *Gaz. d. osp. Milan*, 1898.

MINTZ. — Eine neue histogenetische form der mast. chron. cyst. *Berl. med. Wochens*, 1899.

MORESTIN. — Traitement esthétique des tumeurs bénignes du sein. *Presse méd.*, 1902.

MORTON. — Removal of certain benign tumors, etc. *Philadelphia polyclinic*, 1898.

MOULLIN. — Dégénérescence kystique de la mamelle. *Path. Soc. Transactions,* 1881.

MUGNAÏ. – Mastite chronique. *Semaine médicale*, 1886.

Murray. — Chronic abcess. *Medical Press*, 1897.

Niclot et Massoulard. — Mammite chronique chez l'homme. *Arch. de Méd., exp.* 1900.

Nocard et Mollereau. — Mammite contagieuse des vaches laitières. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1887.

Nötzel. — Ueber fibroadenom. *Inaugur. Diss. Berlin*, 1892.

Pedotti. — Ueber Mammacysten. *Inaug. Diss. Zurich*, 1897.

Phocas. — Maladie noueuse. *Thèse de Paris,* 1886.

Phocas. — Inflammations et tumeurs du sein. *14e Congrès de Chirurgie*, 1901.

Pilliet. — Maladie kystique. *Bull. de la Soc. anatomique*, 1891, *Bull. Soc. anat.*, 1896. 1898.

Poujol. — Sur la maladie dite mastite chronique diffuse. *Arch. de Méd., exp.*, 1897.

Powers. — Early diagnosis of tumors of the breast. *Medical News*, 1897.

Quénu. — Maladie kystique, histologie. *Bull. Soc. chir.*, 1888.

Quénu. — Traitement des kystes multiples. *Bull. Soc. chir.*, 1900.

Quénu. — Article Tumeur. *In Traité de Chirurgie*, Duplay et Reclus.

Reclus. — De la maladie kystique des mamelles. *Revue de chirurgie*, 1883. *Bull. Soc. anat.*, 1883. *Gazette des Hôpitaux*, 1887. *Bull. Soc. chir.*, 1888. *Semaine méd.*, 1893, 6. *Bull. Soc. chir.*, 1900. *Cliniques chirurgicales. Clinique et critique chirurgicale.*

Ribbert. — Lehrbuch der path. Anat.

Richelot. — Tumeurs kystiques de la mamelle. *Thèse d'agrégation*, 1878.

Robinson. — On certain diseases of the breast. *The Lancet*, 1892.

Robinson. — Butter cysts of the breast. *Brit. med. Journal*, 1898.

Robinson. — Diffuse cystic diseases. *Lancet*, 1896.

Rochard. — Maladie kystique. *Arch. génér. de méd.*, 1891.

Rogowitsch. — Zur Frage über die Käse und Butter cysten der Brustdrüse. *Beiträge zur path. Anatom.*, vol. 18.

Rogeau. — Kystes par rétention de la glande mammaire. *Thèse de Paris*, 1874.

Roloff. — Ueber chron. mastitis und das sog. Cystoadenom. *Deustche Zeits für Chir.*, 1900, vol. 54.

Samuel. — Tumors of the breast. *Med. News*, 1898.

Sasse. — Ueber cysten und cystischen Tumoren der Mamma. *Arch. für Klin. Chir.*, 1897.

Schimmelsbusch. — Cystoadenom der Mamma. *Arch. für Klin. Chir.*, vol. 44.

Scheurer. — Mastite et cancer, *Inaug. Dis.*, Würzbourg, 1897.

Schönstedt. — Ueber cysten der weibl., Mamma, *Inaug. Dis.*, Rostock, 1894.

Sheild. — Some instances of cystic aff. of the breast, *Brit. med. Journal*, 1901.

Sheild. — Diagnosis of carcinome in its earliest ages, *Brit, med. Journal*, 1896.

Siore. — *Thèse de Paris,* 1890.

Snow. — *Path. Soc. Transactions*, 1895.

Sourice. — *Thèse de Paris*, 1887.

Tabakian. — Anat. path. du galactocèle, *Thèse de Montpellier*, 1901.

Tailhefer. — Maladie kystique, *Gazette de gynéc.*, 1897.

Thomas. — De l'extirpation des tumeurs bénignes, *New-York med. Journal,* 1882.

Tiffany. — Cystic fibro-adenoma of the female breast, *Med. Reg.*, Richmond, 1897.

Tietze. — Ueber das cystoadenom der Mamma, etc., *Deutsche Zeitz für Chir.*, 1900, vol. 56.

Tillaux. — *Médecine moderne*, 1893.

Tillaux. — Cliniques.

Toupet. — *Semaine médicale*, 1890.

Toupet et Glantenay. — Maladie kystique, *Bull. de la Soc. Anat.*, 1891.

Vandremer. — Kyste essentiel, *Tribune méd.,* 1893.

Velpeau. — *Traité des maladies du sein.*

Verchère. — Mamelle kystique, *Bull. de Soc. Anat.* 1891.

VIGNARD. — *Bull. de la Soc. Anat.*, 1888.

VIRCHOW. — *Traité des Tumeurs*, t. 1.

WALTHER. — Kystes de la mamelle, *Bull. de la Société de Chir.*, 1900.

WARREN. — The classif. of benign tumors of the breast, *Boston Med. Journal*, 1897.

WOLF. — Beiträge zur Kenntniss der Tumoren der Mamma, etc., *Inaug. Discours*, Rostock, 1899.

TABLE DES MATIÈRES.



Imprimerie et Lithographie L. Declume, Lons-le-Saunier.

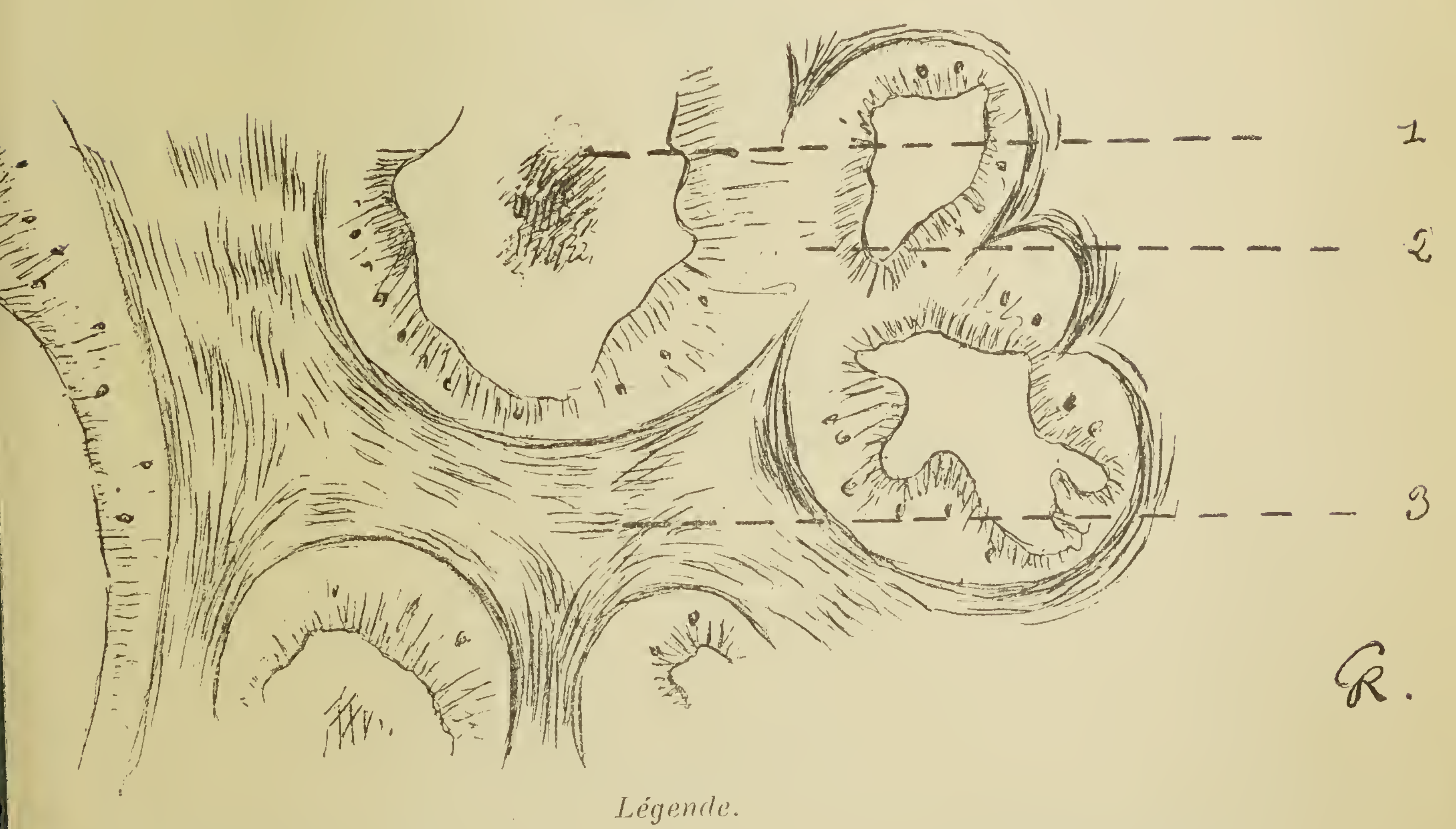
FIGURE I.



Légende.

1. Acinis dilatés.
2. Epithélium desquamé.
3. Tissu conjonctif adulte.
4. Formation des kystes par confluence.

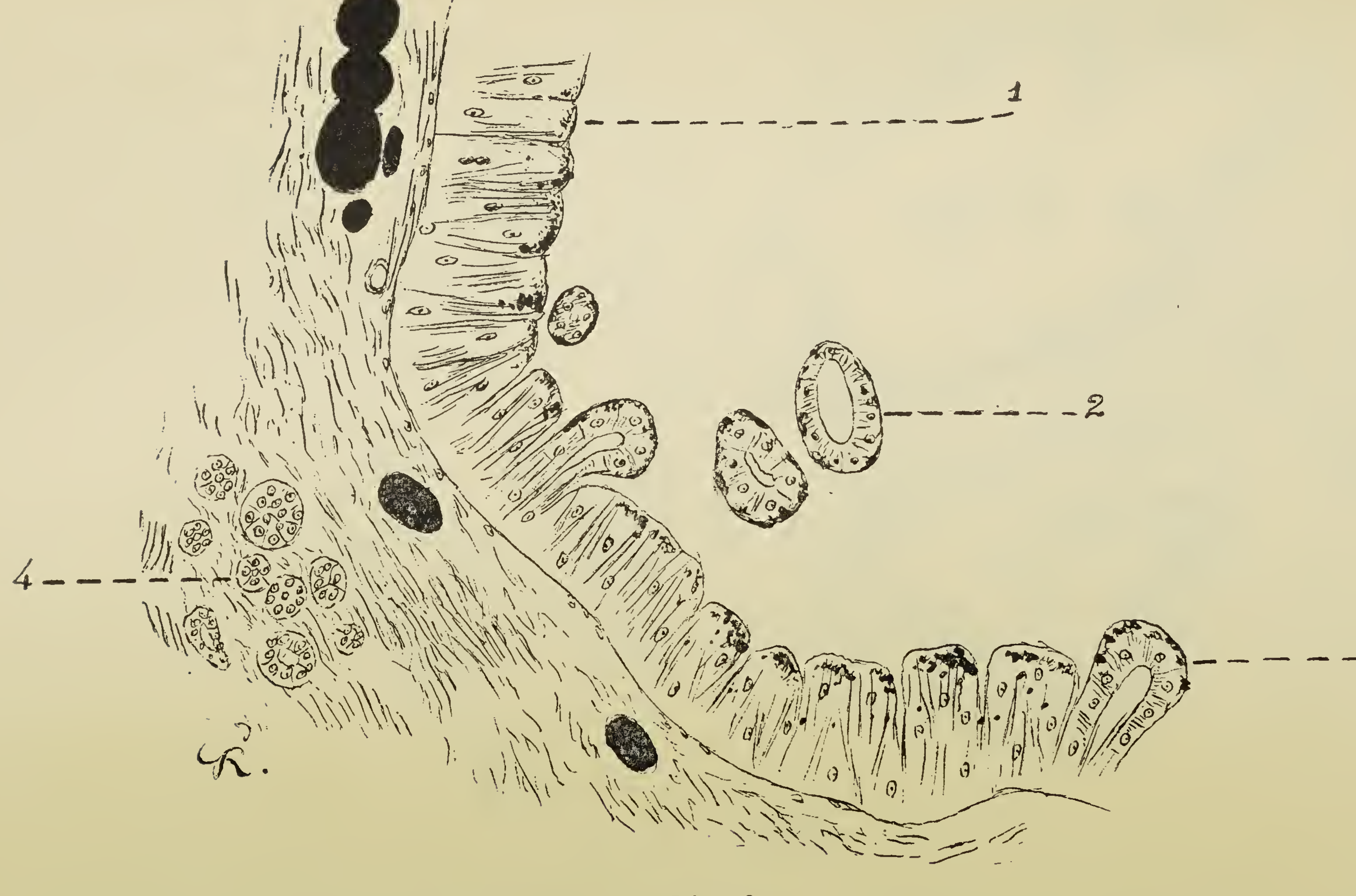
FIGURE II.



Légende.

1. Epithélium desquamé.
2. Confluence d'acinis.
3. Tissu conjonctif adulte.

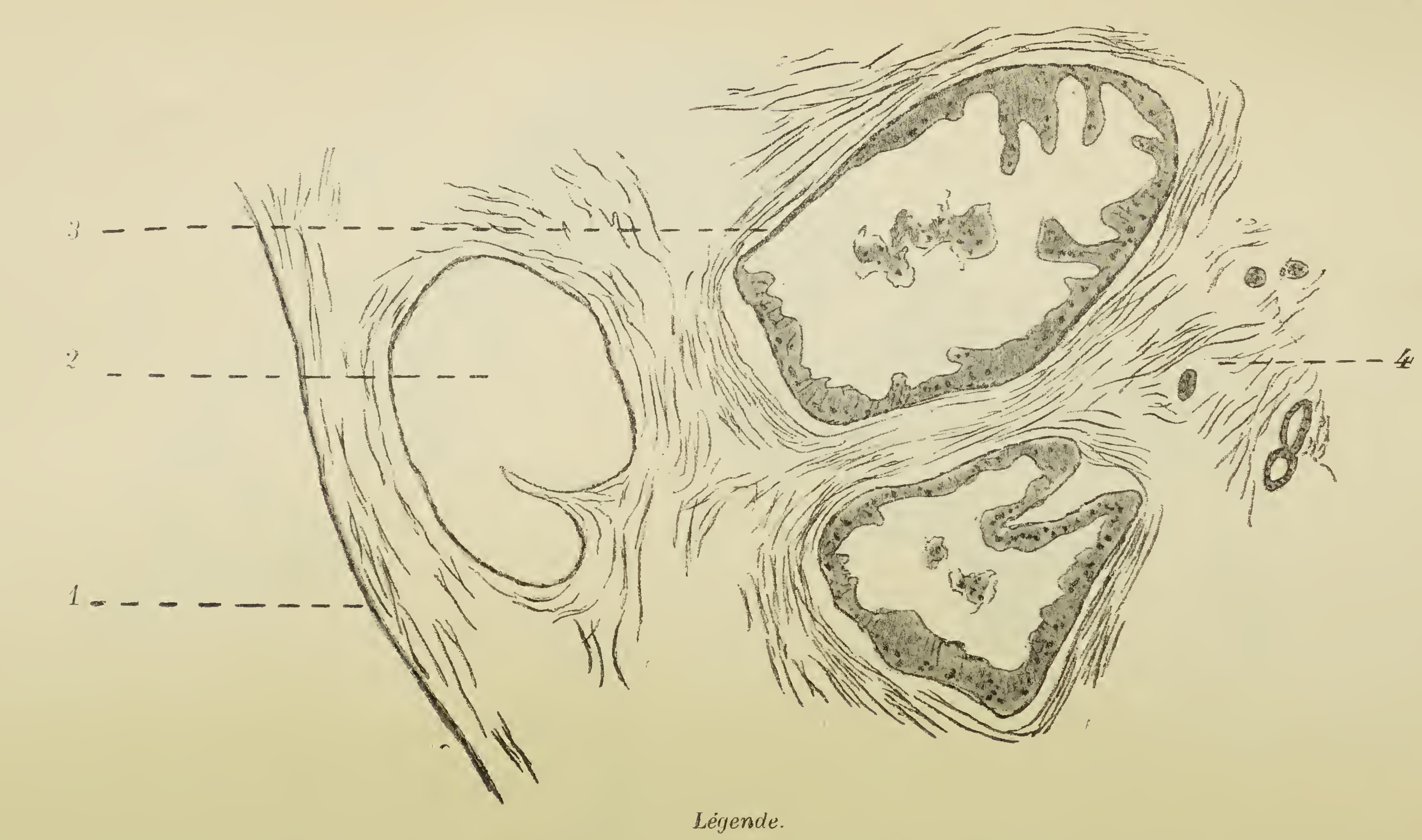
Figure III.



Légende.

1. Cellules épithéliales considérablement augmentées de volume, avec des grains graisseux.
2. Tubes pseudo-glandulaires à cellules inverties.
3. Mode de formation des tubes pseudo-glandulaires.
4. Acinis normaux.

Figure IV.



Légende.

1. Revêtement épithélial de la paroi d'un grand kyste.
2. Petit kyste avec une simple couche épithéliale aplatie.
3. Petits kystes présentant les altérations caractéristiques de l'épithélium.
4. Acinis normaux.

Figure V.

1

2

3

R.

Légende.

1. Couche épithéliale aplatie. — 2. Cellules épithéliales énormes et multipliées. — 3. Cellules desquamées et encore nuclées.



FIGURE VI.

1

2

3

R.


WELLCOME
LIBRARY
INSTITUTE